دليل الأسرة الطبي المصور



إعداد
الدكتور هاني عرموش

مراجعة
الدكتور موفق العمري

دار النفائس

لمزيد من الكتب وفي جميع المجالات

زوروا

منتدى إقرأ الثقافي

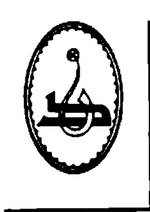
الموقع: http://iqra.ahlamontada.com/

فيسبوك:

https://www.facebook.com/iqra.ahlamontada/



منتدى إقرأ الثقافي



دَليلُ الأُسْـرَةِ الطبيّ

(المُصَوَّر)

بسم الله الرحمن الرحيم

دليل الأُسْرَة الطبيّ

(المُصَوَّر)

إعْداد

الدكتور هاني عرموش

مُراجَعَة

الدكتور مُوفق العُمري

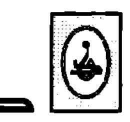
دار النفائس

دليل الاسرة الطبي المصور

تاليف: الدكتور هاني عرموش

الطبعة الثالثة: 1426 هـ - 2005م

ISBN 9953 - 18 - 054 - 7

نشر	توزيع
 دار النفائس للطباعة والنشر والتوزيع	 دار النفائس للطباعة والنشر والتوزيع
ص . ب ١٣٠٦٦	شارع فردان - بناية الصباح
هاتف: ٢٧٧٠٣١٢ ١١ ٠٠٩٦٣	وصفي الدين - ص . ب ٥١٥٢ - ١٤
دمشق - سوريا	الرمز البريدي: ٢٠٢٠ - ١١٠٥
	فاكس: ٨٦١٣٦٧ ١ ٠٠٩٦١
	هاتف: ٨٠٣١٥٢ - ٨١٠١٩٤ ١ ٠٠٩٦١
	بيروت - لبنان

Web Site : www.alnafaes.com

Email : alnafaes@alnafaes.com

مقدمة

يتعرض الأطباء، في حياتهم العملية والاجتماعية، لكثير من الأسئلة حول طبيعة الأمراض المختلفة وأعراضها ومخاطرها. ويتساءل معظم الناس عن أسباب مرضهم، والسلوك الواجب اتباعه تجاه هذا المرض أو ذاك، وإلى أي طبيب يلجؤون، وهل عليهم إجراء تحاليل أو صور، وهل مرضهم معد، وكم يحتاج من الوقت ليبرأ، وهل سيترك آثاراً أو مضاعفات. . . ؟ أسئلة لا تنتهي، وهواجس ربما تزيد المرض أو تساهم في إيجاده. . .

هذا ما دفعني إلى إعداد هذا الكتاب، وفيه شرحت كل تلك الأمور بشيء من التفصيل، وبحيث يكون مفيداً لكل قارئ يرغب بمزيد من الاطلاع والمعرفة، سواءً أكان مثقفاً ثقافة طبية عالية، أو بسيطة، أو لم يكن. وتسهيلاً على القارئ، ولكي يصل بسرعة إلى الموضوع الذي يريده بطريقة علمية بحتة، جعلت كتابي في أربعة أبواب:

الباب الأول:

أوردت فيه باختصار مجموعة معلومات تساعد القارئ في معرفة حالته الصحية، ولياقته البدنية، وما إذا كانت عاداته وأسلوبه في الحياة وفي الأكل والشرب والنوم صحيحة أم لا، لأنها كلها أمور لها علاقة بسلامة الإنسان الصحية.

وفي الوقت نفسه سيجد القارئ في هذا الباب مجموعة من التوجيهات والنصائح حول إمكانية وكيفية تحسين وضعه الصحي بشكل عام، وشرحت كيف يمكن للإنسان أن يحافظ على سلامة جسمه وكيف يتجنب مخاطر بعض العادات الاجتماعية السيئة وأضرارها.

الباب الثاني:

يتألف من تسعة وتسعين مخططاً يستطيع أي قارئ الرجوع إليها والاستفادة منها، بحيث يتمكن من تشخيص مرضه بنفسه بطريقة سهلة وسريعة ومفهومة، إذا كان جاهلاً علته. أما إذا كان عالماً بمرضه، فيمكنه البدء بدراسته فوراً في مكانه من الباب الرابع من الكتاب وسيجده بالرجوع إلى فهرس الكتاب.

الباب الثالث:

مجموعة من الصور الملونة بعضها عن تشريح جسم الإنسان، من عظام، عضلات،

أجهزة، أعضاء. . . وبعضها الآخر عبارة عن صور لبعض الحالات المرضية تبين كيف يبدو المرض للعين (مظهر المرض)، مما يساعد على تشخيص الحالة والتفريق بين أمراض لها أعراض متشابهة، مما يزيد ثقة القارىء بمعلوماته.

الباب الرابع:

يحوي شرحاً مفصلاً للأمراض والاضطرابات التي يعاني منها المرضى، حيث شرحتُ في هذا الباب كل الأمراض التي ورد ذكرها في المخططات وهي تشمل معظم الأمراض التي تصيب البشر، وبشكل يستطيع به كل قارئ أن يكوِّن فكرة واضحة عن مرضه، وأن يعرف أسبابه وأعراضه ومضاعفاته ومخاطره. كما شرحتُ بعض طرق التشخيص المتبعة للكشف عن الأمراض المدروسة، ليتمكن القارئ من معرفة ما سيجري له في العيادات والمخابر والمشافي، مسبقاً. وشرحتُ طرق العلاج التي يستطيع كل إنسان أن يطبقها بنفسه ـ إن شاء ـ دون الرجوع إلى الطبيب، إذا كان ذلك ممكناً أو مفيداً، وطرق العلاج التي ينصح بها الطبيب، عادة ،حسبما يراه مناسباً.

وقد زوَّدت الكتاب بصور توضيحية تساعد في تفهم كل ما هو مشروح، وكلما كان ذلك ممكناً ومفيداً.

وقد اعتمدت في إعداد الكتاب على كثير من الكتب الأجنبية والعربية التي قدَّرت فيها منفعة وفائدة، وكان في مقدمتها كتاب دليل العائلة الطبي Family Medical Guide الصادر عن الجمعية الطبية الأميركية The American Medical Association وجعلت ما اقتبسته من الكتب الأجنبية بشكل يتناسب مع بيئتنا العربية، وشرحت، ووضحت، الأمراض الشائعة في منطقتنا وأفضل السبل لمعالجتها ضمن الإمكانات المتاحة.

وقد درست كل حالة مرضية تحت ثلاثة عناوين رئيسة:

ـ **الأعراض**: وتحوي شرحاً لما يصيب المريض من أعراض.

ـ **المضاعفات**: وفيها شرح للتوقعات المنتظرة ومضاعفات الإهمال.

ـ **العلاج**: وتحت هذا العنوان أدرجت ما يستطيع المريض أن يفعله لنفسه وما يصفه الطبيب من علاج.

وتجنباً للتطويل الممل فقد درست الأمراض النادرة باختصار شديد.

وعند التكلم عن العقاقير لم أذكر أسماءَها التجارية (في الغالب) لأن ذلك من مهمات الطبيب المعالج، فهو وحده يستطيع أن يحدد الدواء والمقادير اللازمة.

واستكمالاً للفائدة أدرجت في هذا الباب أيضاً مشاكل عامة تتعلق بالجنسين ومن كل الأعمار،ومشاكل صحية خاصة عند كل من الرجال والنساء والأزواج والرضع والأطفال والمراهقين وكبار السن، وكذلك الحمل والولادة ،وعن المولودين حديثاً والرضع، وغيرها.

وختاماً فإن الله عزَّ وجل خلق المرض مع خلق الإنسان، ولكنه تعالى ما أنزل من داء إلا وأنزل له دواء. وإن تفهم الإنسان مرضه وأسباب إصابته وطريقة علاجه من أهم الركائز التي يرتكز عليها الشفاء. هذا بالإضافة إلى أن حسن تقدير المريض لحالته، هو خير دواء وأنجع علاج. وبتعاون المريض مع طبيبه يكون الشفاء الكامل في متناول اليد بإذن الله.

المؤلف

ملاحظة

- اعتمدت في ترجمة معاني الكلمات الأجنبية على المعجم الطبي الموحد بشكل رئيس. وكلما وجدت ذلك ضرورياً ذكرت الكلمة الإنكليزية المرادفة، ليتمكن القارئ من العودة إلى معناها إذا اضطر إلى ذلك، حيث إن المفردات العربية المستعملة في مكان ما من الوطن العربي قد لا تكون مألوفة في مكان آخر.
- إن وردت بعض المصطلحات أو الكلمات وكانت غريبة أو مجهولة المعنى، يمكن الرجوع إلى التعاريف الواردة في (ص 9) للاطلاع على معناها.

تنبيه:

- هذا الكتاب لا يغني عن الطبيب، فبعض الأمراض قد تتطور بسرعة تؤدي إلى حالات خطيرة. وقد يسيء المريض تشخيص مرضه، لذلك، إن الطبيب المختص هو الوحيد المؤهل لتشخيص حالة المريض وعلاجها.

تعاريف مهمة

الالتهاب (Inflammation): (راجع تعريف الخمج): عملية مرضية أساسية، هي عبارة عن مجموعة من التفاعلات الخلوية، التي تحصل في أحد الأنسجة كاستجابة لأذية، أو تنبيه شاذ لعامل فيزيائي، أو كيميائي، أو لعوامل ممرضة حية (وهذا يعني أن الالتهاب بالعوامل الممرضة الحية حصراً هو ما أطلقنا عليه في كتابنا تسمية الخمج). والمظاهر الأساسية لأي التهاب هي التورم (الانتباج)، والاحمرار، وارتفاع حرارة موضعي، و/أو عام، وألم. وهو قد يكون حادّاً إذا تظاهرت أعراضه بسرعة أو مزمناً إذا كان سيره بطيئاً.

الاحتشار (Infestation): آفة تحدث بسبب غزو الطفيليات، ومنها الحشرات، إلى جسم الإنسان. وبالنسبة لتلك التي تغزو الجلد وتعيش عليه، أو فيه، فإنها غير خطرة. لكنها تسبب إزعاجاً قد يكون شديداً (منها هامة الجرب والقُمل والبراغيث وغيرها). أما التي تعيش داخل جسم الإنسان، مثل الدودة الشريطية، وطفيلي الملاريا، فإنها تحدث أمراضاً تكون خطيرة في بعض الأحيان.

الأرجية (Allergy): حالة يطلق عليها بعض الناس باللهجة الدارجة تعبير (الحساسية)، وهي عبارة عن تفاعل خاطىء تجاه مادة ما (طعام أو شراب أو بالملامسة أو بالاستنشاق)، يحدث في جسم الإنسان، بسبب توجيه سيء يقوم به جهاز المناعة، فيتظاهر بردود فعل مختلفة الشدَّة والخطورة (راجع البحث ص 942).

الإفراط والسرف: الإفراط في تناول عقار ما هو أخذ كمية كبيرة من هذا العقار دفعة واحدة، أما السرف فهي كلمة مرادفة لمعنى الاعتماد، أو الإدمان، أو سوء استعمال المخدرات، فالمسرف ربما يتناول كميات صغيرة من عقار ما، ولكنه يكرر استعماله باستمرار.

الألم والإيلام (Pain and tenderness): الألم هو شعور الإنسان بأن أحد أجزاء جسمه يؤلمه من دون أن يلمسه أو يُحركه. والإيلام هو الشعور بالألم فقط عندما يحرّك الإنسان، أو يلمس، أو يضغط، على ذلك الجزء.

الإياس (Menopause): هو انقطاع الحيض، ويسميه بعض الناس باللهجة الدارجة

(سن اليأس)، وبشكل عام ينقطع الحيض عند المرأة ما بين عامها الأربعين والخمسين تقريباً.

البثرة (Pustule): عبارة عن ارتفاع جلدي محدَّب صغير على سطح الجلد يحوي قيحاً.

البزل القطني (Lumbar puncture) : هو أخذ عينة من السائل الدماغي الشوكي الموجود في المسافة العنكبوتية (هي الفسحة الواقعة بين الغشاءين الخارجي والأوسط في أغشية السحايا) عبر ثقب في الناحية القطنية.

البطن الحاد (Acute abdomen) (حالة بطن حاد): هو حالة مرضية تدل على آفة حادة في البطن، قد تترافق بآلام شديدة، وغالباً ما تستلزم القيام بفتح البطن جراحياً إما لتشخيص الحالة (معرفة السبب) أو لعلاجها.

التَبَيُّغْ (Heperemia): هو حالة تتوسع فيها الأوعية الدموية الشعرية بحيث تصبح المنطقة المبَيغة محمرَّة بشكل واضح.

تخطيط كهربائية الدماغ (.E.E.G)؛ هو إجراء رسم للأمواج الكهربائية الناجمة عن نشاط عمل خلايا الدماغ، والتي يتم تسجيلها بواسطة جهاز خاص.

تخطيط كهربائية القلب (.E.C.G): راجع التعريف ص (451).

تصوير الشرايين الإكليلية: راجع التعريف ص (451).

التصوير الوعائي التفاضلي: راجع التعريف ص (303).

التصوير الشعاعي (التصوير بالأشعة السينية): هو أخذ صورة بسيطة، أو ظليلة (باستخدام مادة ظليلة) لمنطقة ما من الجسم، باستعمال نوع من الأشعة ينطلق من جهاز خاص.

تصوير أوردة شعاعي (Venography): المقصود هنا هو إدخال مادة ظليلة بواسطة الحقن إلى أوردة منطقة ما، ثم إجراء صورة شعاعية عادية.

تصوير بالرنين المغناطيسي: راجع التعريف (ص (303).

تصوير الشريانين السباتيين: راجع التعريف (ص (303).

التفريس: هو مسح أو سبر استقصائي لناحية محددة من الجسم، باستخدام مختلف أجهزة التصوير الطبي المعروفة، من شعاعية، وفوق صوتية، والأشعة النووية.

التصوير الطبقي المحوري المحوسب (CAT. scan): راجع التعريف ص (302).

التفريس الطبقي بانبعاث البوزيترون: راجع التعريف ص 303.

التنظير الداخلي: عملياً لا يعني هذا التعبير أكثر من إدخال منظار إلى داخل المنطقة المراد فحصها لرؤيتها من الداخل.

التنظير السيني: هو إدخال منظار في الشرج إلى القسم الأخير من المعي الغليظ، لرؤيته من الداخل.

الجلطة Clot: هي علقة دموية تتشكل ضمن وعاء دموي أو في أحد أجواف القلب أثناء الحياة من مكونات الدم نفسها لا سيما الصفيحات. وقد تبقى ملتصقة في مكانها حيث تشكلت وتسد الوعاء الدموي أو تنفصل وتجول في مجرى الدم لتصل إلى وعاء صغير في مكان آخر من الجسم وتسده، وقد تكون سادَّة أو غير سادَّة للوعاء الدموي أو الحجرة القلبية حيث تشكلت.

الجينات Genes: هي الوحدات البنائية والوظيفية التي تحملها الصبغيات (راجع تعريف الصبغيات) والتي تحدد جميع الصفات التي يرثها الأبناء عن الآباء. وعلى الطريقة التي تمتزج فيها الجينات مع بعضها لحظة الإلقاح تتوقف كل الصفات التي يرثها الجنين عن والديه.

حاصرات بيتا (Beta blockers): مجموعة من العقاقير الدوائية تستخدم لتخفيض الضغط الدموي المرتفع وتقوية ضربات القلب وتنظيمها.

حقنة الباريوم (Barium enema): هي حقنة شرجية بمادة الباريوم، تعطى قبل إجراء فحص شعاعي للمعي الغليظ والمستقيم، حيث تمتاز هذه المادة بأنها ظليلة على الأشعة السينية، أي أنها تساعد على توضيح حدود المعي الغليظ والمستقيم من الداخل شعاعياً.

الخثرة (Thrombus): هي جلطة دموية ثابتة أو ملتصقة في مكان تشكلها (راجع تعريف الجلطة).

الخزعة Biopsy: هي قطعة صغيرة تؤخذ من نسيج ما لفحصها مجهرياً (حيث تساعد هذه الخزعة على تشخيص كثير من الأمراض).

الخَمْجُ (Infection): يطلق الناس على الخمج باللهجة الدارجة تعبير الالتهاب، ولكن ليس كل التهاب هو خمج بل كل خمج هو التهاب (راجع تعريف الالتهاب). والخمج جمعها أخماج، هي حالات مرضية تحدثها العوامل الحية الممرضة حصراً من جراثيم وفيروسات وفطور.

الدُوام (Dizziness): هو الشعور بأنك ثابت وأن الأشياء من حولك تدور، أو الشعور بأنك تدور وأن الأشياء من حولك ثابتة.

الذيفان (Toxin): الذيفان (جمعها ذيفانات) مواد تفرزها العوامل الحية الممرضة داخل جسم الإنسان، أو في الأطعمة، التي تعيش فيها وتتغذى عليها، وهي التي تسبب التسمم الغذائي عادة.

الرأب الوعائي: هو توسيع الشريان المتضيق من الداخل.

الزُلّة التنفسية (Breathlessness) (ضيق النَفَس): هي عبارة عن قِصَر نفس وإحساس شخصي بصعوبة التنفس مع تسارع في حركات الشهيق والزفير.

الزُهم (Sebum): هو سائل شحمي دهني متماسك القوام تفرزه الغُدد الزُهمية، ذات الحجم الصغير جداً، والتي توجد في الجلد. وله دور مهم في الحفاظ على الجلد طرياً ونديا.

السائل السَلوي (السائل الأمينوسي): هو السائل الذي يحيط بالجنين وهو في رحم أمه. السَّلى: هو الغشاء الذي يحيط بهذا السائل (يسميه العوام كيس الحمل).

السحايا: راجع التعريف (ص (296).

السَرَف: راجع تعريف الإفراط والسَرف.

الشَفَع: هو الرؤية المضاعفة، أي رؤية الشيء مزدوجاً، وهي تنتج عن رؤية خيال مرافق للجسم المرئي.

الصبغيات (Chromosomes): هي جسيمات دقيقة تصطبغ بشدة بالملونات الكيميائية ولذلك سميت بالصبغيات، توجد ضمن نوى الخلايا الحية، وهي ذات عدد ثابت في كل نوع من الأحياء. وعند الإنسان يوجد (23) زوجاً منها، يتألف كل زوج من هذه الصبغيات من صبغي واحد موروث من الأم وصبغي آخر موروث من الأب. وهذه الصبغيات هي التي تحمل الجينات (راجع تعريف الجينات، وراجع البحث ص 938).

الصدمة (Shock): هي حالة مرضية ناجمة عن نقص شديد في إمداد الجسم بالأكسجين، ولها عدة أشكال من أكثرها شيوعاً ما يعرف بالصدمة الجراحية، وهي التي تنجم عن نقص إمداد الدم (نزوف حروق..) راجع البحث (ص 467).

الصمة (الصمامة) (Embolus): هي قطعة من جلطة أو لويحة يحملها الدم، ثم تتوقف في وعاء دموي ما فتسده محدثة الانصمام (إذا حدث في الدماغ هو السكتة، وإذا حدث في القلب هو الجلطة).

ضواد الكالسيوم (Calcium antagonists): هي عقاقير تعاكس عمل الكالسيوم على مستوى العضلة القلبية فيما يتعلق بنقل الدفعات العصبية الكهربائية المحرضة لتقلص أليافها.

العصيدة (Atheroma): هي ترسبات شحمية (دهنية) في بطانة الشرايين، تُحدث تورماً على السطح الباطن للشريان، وهي المسؤولة عن حدوث تصلب الشرايين وتضيقها عند الإنسان (مع تقدمه بالعمر خاصة)، كما أنها مسؤولة عن بعض الحالات المرضية مثل ارتفاع ضغط الدم.

العقاقير السامة للخلايا: هي أدوية تستعمل لقتل الخلايا الورمية في حالات السرطان (خاصة)، ولها أنواع مختلفة.

الفلور (Fluorine): عنصر كيميائي أثبتت التجارب أنه يحمي جزئياً من نخر الأسنان، خاصة عندما يعطى للأطفال بين السنة الثانية والخامسة من العمر على شكل مضغوطات يصفها الطبيب. وكذلك أصبح الفلور يضاف إلى معاجين الأسنان، وإلى ملح الطعام وإلى مياه الشرب أحياناً وغير ذلك من استعمالات.

المتلازمة الكحولية الجنينية (F.A.S): هي جملة اضطرابات تصيب الوليد المولود لأم مدمنة على شرب الكحول، وتتجلى بشكل رئيسي بخلل في النمو.

المجازة (Bypass): هي إجراء تحويلة لمجرى دموي من وعاء دموي إلى وعاء آخر، بواسطة قناة مستحدثة من مادة صنعية كالنايلون أو التفلون، أو بواسطة قطعة من وريد مأخوذة من جسم الإنسان نفسه.

المراق: راجع التعريف في المخطط رقم (18).

المسح بالنظائر المشعة (Radioisotopes): هو إجراء تصوير لأحد نواحي أو أعضاء الجسم باستخدام آلة خاصة بعد إدخال مادة كيميائية مشعة إلى داخل جسم الإنسان، ويتم ذلك عادة في قسم الطب النووي (كحالة تخطيط الغدة الدرقية بعد تناول اليود المشع).

مضادات الالتهاب (Anti-inflammatory): مجموعة من الأدوية التي تكافح الالتهاب في جسم الإنسان، وقد تكون من مضادات الالتهاب الستيروئيدية أو مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية أو المضادات الحيوية.

مضادات الالتهاب الستيروئيدية: الستيروئيدات (Steroids) هي مجموعة مواد تفرزها غدة الكظر بشكل طبيعي في جسم الإنسان، ويمكن تصنيعها مخبرياً، لها أدوار وظيفية عديدة في الجسم، منها أنها تعمل كعوامل مضادة للالتهاب، نذكر منها كمثال عليها الكورتيزون.

مضادات التهاب غير ستيروئيدية: هي مجموعة من الأدوية التصنيعية الحديثة التي تتمتع بخصائص مضادة للالتهاب ومزيلة للآلام وخافضة للحرارة، ولا يدخل في تركيبها أي من مشتقات الستيروئيدات الطبيعية أو الصنعية.

المضادات الحيوية (المرديات) (Anti- biotics): هي عقاقير مضادة للالتهاب الناتج عن العوامل الحية الممرضة (الخمج)، تمتاز بقدرتها على منع تكاثر تلك العوامل أو قتلها أو تحد من نشاطها مما يساعد الجسم في القضاء عليها.

مضادات التخثر (مميعات الدم) **(Anti - coagulant)**: هي مواد مميعة للدم تمنع التصاق الصفيحات الدموية مع بعضها مما يحول دون تخثر الدم.

المعالجة الشعاعية (Radiation - therapy): هي مداواة بعض الحالات المرضية باستعمال الأشعة السينية أو النووية، كما هو الحال في علاج بعض حالات السرطان.

المعالجة الكيميائية (Chemo - theraby): هو تعبير خاص للدلالة على معالجة السرطانات (حصراً) بالأدوية المضادة للسرطان.

المغص والمعص (Colic and cramp): المغص يعني الآلام العضلية التي تنتج عن تقلص (تشنج) عضلات الأحشاء مثل عضلات جهاز الهضم. والمعص يعني الآلام العضلية التي تنتج عن تقلص (تشنج) العضلات الهيكلية مثل عضلات الساق.

النَجيج والمفرز (Discharge and secretor): النجيج حصراً هو المفرزات التي تخرج إلى خارج الجسم من فوهة طبيعية أو مرضية. والمفرز لا يتضمن خروج المفرزات إلى خارج الجسم بل قد تبقى داخله، مثل مفرزات الغدد اللعابية.

النَفَطة (Blister): هي مجمع جلدي صغير يبرز فوق سطح الجلد ويحتوي سائلاً غير القيح.

النظائر المشعة (المستخدمة طبياً) (Radioisotopes): هي عناصر كيميائية تمتاز بقدرتها على إصدار إشعاعات خاصة تفيد في مجالات طبية عديدة في التشخيص والمعالجة، مثل التصوير بالنظائر المشعة ومعالجة بعض أشكال السرطانات.

الباب الأول

الجسم السليم The healthy body

هل تمتلك جسماً سليماً؟ ربما تكون كذلك وربما لا. فقد تكون مريضاً مرضاً ظاهراً، أو مصاباً بمرض كامن! دون أن تدري. ومهما كان وضعك، أو مهما كانت ظروفك، تذكَّر دائماً أن أسلوب العيش السليم والاعتناء بالصحة، يمكن أن يجنباك كثيراً من الانتكاسات المرضية.

ولا تنس أن ما يصيب الإنسان في خريف عمره من أمراض ومشاكل، له علاقة وثيقة بأسلوب الحياة التي عاشها لسنوات طويلة سابقة، لذلك فإنه من الممكن تجنب كثير من تلك الحالات بالعيش وفق المبادىء الصحية الاساسية.

فإجراء تمارين رياضية نظامية مناسبة، وتناول وجبات غذائية متوازنة بدون إفراط، وعدم شرب الكحول والتدخين، والابتعاد عن مصادر الكَرْب والتوتر، والحصول يومياً على فترة كافية من الراحة والنوم، والعيش في بيئة نظيفة وممارسة عمل مناسب، كل ذلك يساعد كثيراً جداً على امتلاك صحة جيدة وجسم سليم. أما إذا كنت تشعر بأن وضعك الصحي غير سليم، فإنك، على الأغلب، تحتاج إلى تعديل أو تغيير أسلوب حياتك.

إن الأبحاث الطبية الحديثة تؤكد، بما لا يدع مجالاً للشك، بأن اتباع أسلوب حياة صحيح يحسّن الفرص أمامك لتعيش فترة أطول ودون أمراض. ونحن سنشرح هذا الأسلوب في ستة مبادىء أساسية تسهيلاً لدراسته وفهمه.

إن اتباع هذه المبادىء سيساعدك كثيراً في الحفاظ على صحتك وحيويتك، ويزيد فرص العيش أمامك ويحسّن فرص تمتعك بالحياة، وحتى لو كنت في متوسط العمر ومهملاً لصحتك فإن اتباعك لهذه المبادىء يحسّن وضعك كثيراً.

إبدأ بالتدقيق في حالتك الصحية الحالية، ومدى حكمة أسلوبك في الحياة، وستجد في سلسلة المعلومات التي سترد في الفقرات اللاحقة ما يساعدك في الحفاظ على صحتك وفي تحسين وضعك الصحي.

المبادىء الستة الأساسية لأسلوب الحياة السليم

1 ـ عدم التدخين وعدم مجالسة المدخنين وعدم السكن في منزل مليء بروائح الدخان ومخلفات التبغ، والإقلاع عن التدخين حالاً لمن كان مدخناً.

2 ـ عدم شرب الكحول، فهي ذات ضرر كبير لصحة الإنسان وعقله.

3 ـ الأكل والشرب بحكمة، وعدم الإفراط أبداًفي الأكل، وسلوك كل الأساليب الممكنة لمكافحة السمنة.

4 ـ المحافظة على اللياقة الجسمية، وممارسة التمارين الرياضية مرتين إلى ثلاث مرات كل أسبوع كحد أدنى.

5 ـ المحافظة على الذهن متوقداًونشطاً، والتخلص من الكرب والضغوط النفسية الشديدة.

6 ـ العيش والعمل في ظروف بيئية ومهنية جيدة.

وفيما يلي نقدم شرحاً مختصراً لهذه المبادىء:

ـ 1 ـ
مخاطر التدخين(*)

ورد في إحدى الدراسات التي أجريت في الولايات المتحدة الأميركية أنه من المحتمل أن المدمن على التدخين يفقد خمس دقائق ونصف الدقيقة من حياته المتوقعة مقابل كل سيجارة يدخنها.

وعلى الرغم من ثبوت علاقة التدخين بأمراض كثيرة، يأتي في مقدمتها مرض سرطان جهاز التنفس، وعلى الرغم من الأضرار الهائلة التي يسببها التدخين للمدخن، والتي يصعب جداً حصرها وتعدادها ودراستها، فإننا نجد المدخنين يستمرون في التدخين، وأن أعداداً جديدة من المراهقين (خاصة) ينتقلون من مرحلة المدخنين غير النظاميين ليصبحوا في صفوف المدخنين النظاميين.

أثر التدخين على الصحة

أياً كان نوع وشكل ومقدار التدخين الذي يتعاطاه الإنسان فهو يضر بصحته، لكن مدى ذلك الضرر يعتمد على عدة عوامل، منها نوع التبغ الذي يستعمله والشكل الذي يختاره (سيجارة ـ سيجار ـ نرجيلة ـ غليون) ومقدار ما يستهلكه من تبغ والمكان الذي يدخن فيه (غرفة مغلقة أم في الهواء الطلق) والسرعة التي يدخن فيها ومقدار ما يتمتع به من صحة وعافية وغيرها.

إذا أقلع المدخن عن التدخين بعدما استمر في تلك العادة فترة طويلة من الزمن، فإن آثاره الضارة على الجسم تزول مع الوقت، وبعد عدة سنوات (أكثر من عشر سنوات) تزول كل آثاره الضارة المتعلقة بالأمراض الأخرى.

(*) لمزيد من المعلومات راجع كتاب التدخين بين المؤيدين والمعارضين للمؤلف ـ دار النفائس.

ـ ولمزيد من الاطلاع اقرأ الأسئلة التالية وأجب على كل منها بنعم أو لا :

(1) هل تدخن الغليون؟	2 نقطة
(2) كم سيجاراً تستهلك كل يوم؟	
ـ من 1 ـ 4 سيكار يومياً	2 نقطة
ـ من 5 ـ 9 سيكار يومياً	4 نقاط
ـ أكثر من 10 سيكار يومياً	7 نقاط
(3) كم سيجارة تستهلك كل يوم؟	
ـ من 1 ـ 9 سجائر يومياً	10 نقاط
ـ من 10 ـ 19 سيجارة يومياً	15 نقطة
ـ من 20 ـ 39 سيجارة يومياً	18 نقطة
ـ أكثر من 39 سيجارة يومياً	24 نقطة
(4) منذ متى وأنت تدخن؟	
ـ أقل من 15 سنة	2 نقطة
ـ من 15 ـ 25 سنة	7 نقاط
ـ من 25 ـ 35 سنة	9 نقاط
ـ لأكثر من 35 سنة	13 نقطة
(5) هل تدخن غالباً صنفاً من التبغ عالي النيكوتين؟	4 نقاط
(6) هل تدخن سيجارتك أو سيجارك حتى آخر سحبة منه؟	7 نقاط
(7) عندما تدخن هل تسحب دخان التبغ إلى رئتيك؟	10 نقاط

التقييم:

إذا كان مجموع نقاطك أقل من (10) نقاط فاحذر من متابعة التدخين بشكل نظامي أو غير نظامي.

وإذا كان المجموع من (10 ـ 25) نقطة فإنك تعرض نفسك للخطر وتنقص من عمرك المحتمل.

تذكر أنك إذا كنت شاباً (نسبياً) ولم تترك التدخين فإن مجموع نقاطك سيرتفع سريعاً بمرور الوقت. فإذا حصلت الآن على (25) نقطة فإنك ضمن مجموعة بالغة الخطورة. لكن تأكد أنه رغم ارتفاع نقاطك فإن الإقلاع عن التدخين يكون شيئاً عظيماً لأن فرص حصول أمراض مرافقة للتدخين تزول حالما تتوقف عن التدخين، وتبدأ صحتك بالتحسن.

التدخين يضر الصحة:

يحتوي دخان التبغ على الأقل ثلاثة عناصر خطرة جداً وهي (القطران ـ النيكوتين ـ غاز أول أكسيد الكربون). فالقطران مزيج من عدة مواد تتركز وتلتصق على جدران الرئة، والنيكوتين عقار

يحدث الإدمان ويُمْتَصُّ من قبل الرئتين ويؤثر تأثيراً أساسياً على الجهاز العصبي، وغاز أول أكسيد الكربون يضعف قدرة الكريات الحمراء على نقل الأكسجين إلى أنحاء الجسم.

نفترض مدخناً عادياً، شخصاً يدخن في اليوم من (15 ـ 20) سيجارة، إذا جرت مقارنته مع شخص غير مدخن فنجد أن احتمال الوفاة عند الأول:

- (14) مرة تقريباً أكثر بسبب إصابته بسرطان الرئة والفم والحنجرة.
- (4) مرات أكثر بسبب إصابته بسرطان المريء.
- مرتين أكثر بسبب إصابته بسرطان المثانة.
- مرتين أكثر بسبب إصابته بالذبحة القلبية.

والسجائر تشكل السبب الرئيسي لالتهاب القصبات ووذمات وأمراض الرئة المزمنة، وتزيد مخاطر الإصابة بمرض ذات الرئة وبالقصور القلبي.

تزداد مخاطر استعمال حبوب منع الحمل لدى النساء المدخنات، كما إن المرأة الحامل التي تدخن ما بين(15 ـ 20) سيجارة يومياً معرضة للإجهاض بنسبة تصل إلى ضعف إجهاض المرأة غير المدخنة، والاحتمال الأرجح أن تلد طفلاً خديجاً. وفي فترة بعد الوضع فإن معدل وفاة أطفال ولدوا لأمهات مدخنات يكون في الغالب (30٪) تقريباً أعلى من معدل وفيات أطفال ولدوا لأمهات غير مدخنات.

وعلاوة على ذلك فإن التدخين السلبي أو استنشاق الهواء المشبع بدخان صادر عن سجائر المدخنين (مجالسة المدخنين في غرفة واحدة) قد جرى إقراره كعامل يسبب مخاطر الإصابة بسرطان الرئة عند غير المدخنين.

تحوي بعض ماركات السجائر قطراناً ونيكوتيناً أقل من السجائر الأخرى، لكن لا يوجد شيء ندعوه السيجارة الآمنة، وعادة لا يفيد التحول من سيجارة ثقيلة إلى سيجارة خفيفة، لأنها كلها ضارة، ولأن المدخن المعتاد على السجائر الثقيلة يدخن سجائر أكثر، ويأخذ نفثات من الدخان أطول وأعمق عندما يتحول إلى السيجارة الخفيفة.

وفيما يلي نشرح أثر التدخين الضار على أعضاء الجسم المختلفة:

أثر التدخين على المريء:

بسبب بلع دخان التبغ عند التدخين فإن المجاري الهضمية وخاصة المريء تكون معرضة لخطر الإصابة بالسرطان.

أثر التدخين على الرئتين:

تقوم الرئتان، عادة، بواسطة أهداب شعرية تبطن المجاري التنفسية، بطرد الأجسام الغريبة من داخل الرئة، وكنس كامل الجزيئات الضارة بشكل مستمر وذلك على شكل قشع أو مخاط.

وعند المدخن تدمر العناصر الكيميائية الموجودة في التبغ بعض هذه الأهداب الشعرية تدريجياً مما يحرض على إفراز الكثير من المخاط، وتصبح الرئتان ملتهبتين التهاباً مزمناً وتتعرض القصبات للالتهاب أيضاً. وطبيعة سعال المدخن تكون من جراء قصور فاعلية آلية تنظيف الرئتين مما يسبب حدوث تراكم إضافي للقشع والمخاط، كما تزداد حدة الإصابة بمرض الربو سوءً.

ومن ناحية أخرى تترسب ذرات القطران، بكثافة، في الغشاء المبطن للرئتين، مما يساعد كثيراً على إصابة المدخن بسرطان الرئة، وقد بينت الإحصائيات أن جميع المصابين بسرطان الرئة تقريباً هم من المدخنين.

أثر التدخين على المثانة:

تمتص بعض المواد المسرطنة الموجودة في دخان التبغ، وفي القطران خاصة، من الرئة إلى جهاز الدوران، ثم تقوم الكليتان بطرحها. وبسبب تجمع هذه المواد في المثانة (مع البول) وملامستها لجدارها لفترات طويلة فإنها تساعد على حدوث سرطان فيها.

أثر التدخين على الفم والحنجرة:

إن دخان السيجارة وما يحويه من مواد مسرطنة وخاصة القطران يحرض على نمو سرطان في الأغشية التي يلامسها، ولذلك فإن المدخنين معرضون للإصابة بالسرطان في كل منطقة من المجاري التنفسية بما فيها الفم والحنجرة.

أثر التدخين على القلب والشرايين:

يسبب النيكوتين زيادة في معدل ضربات القلب ويزيد من آثار ضغط الدم المرتفع، وهذا بسبب احتوائه على غاز أول أكسيد الكربون، مما يزيد تصلب الشرايين سوءاً والذي يشكل عاملاً مساهماً في الكثير من أمراض القلب، ولذلك فإن احتمال الوفاة بالهجمات القلبية أكثر لدى المدخنين المفرطين منها عند غير المدخنين.

مقارنة بين تدخين السجائر وتدخين السيجار أو الغليون:

يحوي دخان الغليون والسيجار مقداراً أكبر من القطران والنيكوتين من دخان السجائر، لكن تدخين السجائر أكثر خطراً على الصحة من تدخين الغليون أو السيجار، بسبب أن إمكانية بلع (أو استنشاق) دخان السيجار والغليون يكون أصعب عادة مما يجعل معظم دخانهما ينطلق في الهواء ولا يدخل إلى الرئتين، في حين أن مدخن السيجارة يستنشق دخانها بعمق كبير فيدخل كله تقريباً إلى رئتيه، بالإضافة إلى أضرار الغازات الناتجة عن احتراق ورقة السيجارة نفسها. ولكن العدول عن تدخين السيجارة إلى تدخين الغليون أو السيجار لا يخفف الضرر الناتج عن التدخين لأن المدخن يميل عادة، في هذه الحالة إلى استنشاق دخان السيجار أو الغليون بعمق كبير، كما كان يفعل عند تدخينه السيجارة مما يزيد الضرر ولا ينقصه.

الإقلاع عن التدخين

تبدأ جميع المخاطر الناتجة عن التدخين تقريباً بالتراجع بمجرد الإقلاع عنه دون اعتبار طول الفترة التي كنت تدخن فيها. لكن الأمراض التي أحدثها التدخين لا تشفى إذا توقفت بعد حدوثها. فإذا أصبت بسرطان الرئة مثلاً فإن السرطان لن يشفى إذا أوقفت التدخين، بل تنخفض بسرعة فرص إصابتك بهجمة قلبية. وبعد خمس سنوات، خالية من التدخين، فإن خطر الموت المبكر بسبب الأمراض المتعلقة بالتدخين يهبط إلى النصف، وبعد (15) سنة تختفي مخاطر التدخين تماماً.

يشير البحث حول التدخين إلى أنه بينما يوجد أربعة من كل خمسة مدخنين تقريباً يرغبون بالإقلاع عن التدخين، فإن واحداً منهم فقط يستطيع فعل ذلك، ورغم هذا فإن الذين يفشلون هم أولئك الذين لا يصممون على تحمل العناء وأعراض الامتناع التي لا بد أن تنجم عن ترك التدخين. وقد تساعد إحدى الطرق، مثل العلاج الجماعي أو الوخز بالإبر، على تخفيف الأعراض، فإذا كنت راغباً في ترك التدخين وعاجزاً عن تحقيق ذلك فاستشر طبيبك فربما يقترح عليك شيئاً مفيداً. **ولتساعد نفسك على ترك التدخين يمكنك أن تفعل ذلك خطوة خطوة كما يلي:**

الخطوة الأولى: سجل عادات تدخينك في جداول واضحة، سجل متى تدخن كل سيجارة (وقتها ومناسبتها) خلال (24) ساعة (بعد فنجان قهوة، بعد الطعام) واستمر على فعل ذلك لمدة (15 ـ 20) يوماً، وذلك لكي تدرس أسباب تدخينك وأسباب حاجتك للتدخين.

الخطوة الثانية: قرر أنك ستترك التدخين دون رجعة، وبرمج تفكيرك على أنك لن تتراجع. ثم ضع في ذهنك جميع الأسباب الكامنة وراء رغبتك بترك التدخين بما في ذلك جميع المكاسب التي ستجنيها عندما ستتوقف عن التدخين. فمثلاً ربما تكون قادراً على نحو أفضل على التمتع بمذاق طعامك، وربما لا تعود تصاب بمزيد من السُعال الصباحي. إقنع نفسك بأن ما ستتحمله من إزعاج أثناء تركك للتدخين هو أمر بسيط أمام المكاسب التي ستجنيها.

الخطوة الثالثة: حدد يوماً تبدأ فيه بالتوقف عن التدخين، ونفذ ذلك فعلاً في اليوم المحدد. ومن المفيد أن تُعلن على الملأ خطتك في ترك التدخين حتى يكون التراجع أصعب، وأن تفعل ذلك مع عدد من الأشخاص في نفس التاريخ حيث سيشجع بعضكم بعضاً في الأيام الأولى العصيبة. وسيجد كل واحد منكم مجالاً للتفاخر بصموده فترة أطول حتى تمضي الأيام الشديدة وتنجح عملية ترك التدخين.

الخطوة الرابعة: استعمل، في الأيام الأولى الصعبة، أية وسيلة تخفف عنك إزعاجات ترك التدخين، كاستعمال العلوك أو مضادات التدخين أو إحمل سيجارة غير مشعلة أو أي شيء أو افعل أي أمر تجده يساعدك، وتجنب كل الحالات التي تحضك على العودة إلى التدخين.

الخطوة الخامسة: حاول أن تجعل نفسك مسروراً بتركك التدخين، ويمكنك أن تستعمل ما وفرته من ثمن السجائر ـ بعد امتناعك عن شرائها ـ في تمتيع نفسك، خاصة في الفترة الأولى لتشعر بمتعة الحياة دون تدخين.

الخطوة السادسة: في الأسابيع الأولى الصعبة تناول كل ما تريده من طعام وشراب، وستجد أن وزنك قد ازداد قليلاً، وهذا أمر طبيعي عند ترك التدخين. وبعدما تمر الأسابيع الأربعة الأولى الأكثر مشقة تستطيع أن تعود لممارسة عادات سليمة في الأكل والشرب وغير ذلك، بعدما تكون قد فقدت شعورك بالميل للعودة إلى التدخين.

أخيراً نقول: إذا كنت حقاً لا تستطيع ترك التدخين رغم كل محاولاتك السابقة فيمكنك على الأقل فعل ما يلي:

- إختر سجائر خفيفة ومن ماركات ذات قطران أخف.
- دخن عدداً أقل من السجائر.
- إرمِ السيجارة عند منتصفها ولا تدخنها حتى نهايتها، خاصة أن النصف الثاني فيه ضرر أكبر.
- خذ نفثات أقل من السيجارة، وحاول أن لا تستنشق الدخان بعمق كبير.
- عندما لا تأخذ نفثات من السيجارة ضعها بعيداً عن فمك.
- حاول أن تخفف من إدخال الدخان إلى رئتيك بقدر ما تستطيع.
- لا تتحول من السجائر إلى السيجار أو الغليون، وإذا فعلت ذلك فحاول أن لا تستنشق الدخان بعمق كما كنت تفعل مع السيجارة.

ـ 2 ـ
مخاطر شرب الكحول(*)

بما أن شرب الكحول آفة موجودة في المجتمع لا يمكن التغاضي عنها وعدم التطرق إليها، رغم أن الكحول من المخدرات وأن تكرار شربه يؤدي إلى الاعتماد عليه (الإدمان)، ومع أن بعض الباحثين الغربيين يرون أنه لا ضرر للإنسان البالغ السليم الجسم من شرب كميات قليلة من الكحول، فقد وجدت من الضروري دراسة الموضوع بشكل مختصر جداً فقد يفيد المبتلين به:

استجواب يفيدك في معرفة موقعك بين شاربي الخمور، أجب بنعم أو لا عن كل سؤال:

(1) إذا كنت في احتفال أو اجتماع يشرب الموجودون فيه خمراً فهل تفتش دائماً عن كأس جديدة مليئة بالخمر؟

(2) إذا كنت تشرب الكحول مع مجموعة من الناس (في أية مناسبة) فهل تحرص على أن تشرب أكثر من غيرك؟

(*) لمزيد من المعلومات عن شرب الكحول راجع كتاب المخدرات للمؤلف ـ دار النفائس.

(3) هل تشرب مشروباً مختاراً (محدداً) عندما تكون وحيداً؟
(4) هل شربك الكحول يؤدي إلى مشاجرات منزلية؟
(5) هل تشعر أنك تميل إلى الشرب في وقت محدد من اليوم؟
(6) عندما تكون قلقاً أو متوتراً هل تميل إلى شرب الكحول بحجة إراحة أعصابك؟
(7) هل تخفي حقيقة أنك تشرب الكحول أو مقدار ما تشرب عن الآخرين؟
(8) هل تخصص وقتاً مقتطعاً من عملك للشرب؟ أو هل تتخلف عن اجتماعاتك من أجل الشرب؟
(9) هل تشعر جسمياً بحاجتك لشرب الكحول إذا لم تشرب كل يوم؟
(10) هل تميل إلى شرب الكحول منذ الصباح في بعض الأحيان؟
(11) إذا استيقظت في الصباح ناسياً ما حدث معك في الليلة السابقة فهل تبدأ الشرب باكراً؟

التقييم:

إن إجابة واحدة على أي من الأسئلة السابقة بنعم تعني أنه عليك أن تكون حذراً في شربك الكحول، وإن إجابتين بنعم تعني أنك ميال لتصبح واحداً من المدمنين، وثلاث إجابات بنعم تعني أنه يوجد لديك مشكلة حقيقية وجدية تجاه الشرب ويجب أن تعالج نفسك فوراً.

تأثيرات الكحول

إن الأثر الرئيس للكحول، وكذلك السبب الأكبر في تفسير وهم بعض الناس بالمنفعة بشرب مقادير معقولة منه، هو ما يحدثه من تكاسل تدريجي في منعكسات الدماغ والجهاز العصبي، إذ إن تناول كأس أو اثنتين يعمل كمهدىء أو مرخٍ، فهو حتى في المقادير الصغيرة يحدث تأثيراً مثبطاً وليس منبهاً كما يعتقد كثير من الناس، ومَع ذلك فإنه أحياناً قد يسبب فقداناً ملحوظاً للمثبطات، وأحياناً أخرى قد يسبب عدوانية فعلية.

ويمكن للكحول أن تجعل بعض الشاربين يشعرون مؤقتاً بأنهم يقظون ومرحون بخلاف طبيعتهم وحتى لو كان من حولهم لا يرون ذلك.

يؤدي شرب الكحول أيضاً إلى توسع الأوعية الدموية (المحيطية خاصة)، ولذلك فإن تدفق كمية إضافية من الدم إلى الأوعية الدموية الشعرية في منطقة الجلد يجعل الأمر يبدو وكأن الدفء يدب في الجسم البردان (ولكن ذلك أمر مضلل). ويسبب الكحول أيضاً ازدياداً ملحوظاً في إدرار البول.

أما الإفراط في شرب الكحول فإنه يؤدي إلى انخفاض سوية سكر الدم سريعاً (راجع ص676)، فإذا شعر شارب الكحول أنه مصاب بالوَهْن والدوخة والتخليط والجوع الشاذ، عليه في هذه الحالة تناول شيء محلّى. ويزيد شرب الكحول الرغبة الجنسية، وفي نفس الوقت

ينقص قدرة الرجل في المحافظة على الانتصاب، وربما يعود ذلك إلى أن الكحول يضعف الأعصاب التي تسيطر على الانتصاب والقذف.

وعلى الرغم من أن بعض أنواع المشروبات الكحولية تحتوي على كثيرٍ من الحريرات بشكل مواد سكرية، فإنها خالية من القيمة الغذائية، وهذا ما يفسر ظهور أعراض العوز الغذائي عند الشاربين المدمنين حتى البدينين منهم (راجع عوز الفيتامينات والمعادن ص 630) أضف إلى كل ذلك ما يسببه شرب الكحول من مشكلات في العمل والأسرة، وحوادث السير وغيرها.

ويضر تكرار شرب الكحول بأعضاء جسم الإنسان كلها، **فهو يسبب العديد من الأمراض المزمنة والخطرة جداً على حياة الشارب (المدمن خاصة)، وفيما يلي نذكر باختصار أهم تلك الآثار**:

الدماغ: قد يؤدي شرب كمية قليلة من الكحول إلى الشعور باليقظة والانتباه، إلا أن الاختبارات أظهرت أن الأمر ليس كذلك، فللكحول تأثير مهدىء حتى بالجرعات الصغيرة، وتسبب الجرعات الكبيرة ضعفاً شديداً في الذاكرة والتركيز والمحاكمة والتنسيق والارتكاسات العاطفية، ويصبح الكلام متلعثماً والبصر زائغاً ويفقد الجسم توازنه.

الكبد: إن التناول المفرط والمديد للكحول يؤدي في نهاية المطاف، إلى تشمع الكبد، وعندما يصبح هذا العضو الهام غير قادر على القيام بوظائفه الأساسية الهامة في حياة الإنسان، تظهر على المصاب أعراض التشمع واضحة، التي منها احتباس السوائل في الجسم، واليرقان، على سبيل المثال.

الجلد: يوسع الكحول الأوعية الدموية المحيطية الواقعة على سطح الجلد (الأوعية الشعرية) فتمتلىء بالدم مما يجعل المرء يبدو مُتَبَيِّغاً (محمراً)، وفي نفس الوقت يفقد كثيراً من حرارته مما يسبب شعوراً بالقشعريرة وبالتالي انخفاضاً في حرارة الجسم خاصة في الأجواء الباردة.

القلب: إن الذين يشربون الكحول بإفراط معرضون للإصابة بحالة مرضية تسمى «اعتلال العضلة القلبية» والتي تصبح فيها الأنسجة العضلية للقلب ضعيفة ومتأذية.

المعدة: إن شرب كمية كبيرة من الكحول لمرة واحدة قد يسبب التهاب معدة حاد، أما الاستمرار في شرب كميات زائدة من الكحول فإنه قد يؤدي إلى التهاب معدة مزمن.

الأعضاء التناسلية: قد يؤدي شرب الكحول باستمرار إلى العَنانَة (الضعف الجنسي) عند الرجال، أما عند النساء الحوامل فإنه، حتى بالكميات القليلة، يزيد من احتمال ولادة أطفال مشوهين خلقياً، كما يفقد المرأة كثيراً من أنوثتها وخصوبتها ورغبتها الجنسية.

المشروبات الكحولية ليست ذات تأثير متشابه:

لا تتشابه المشروبات الكحولية في تأثيرها على الإنسان وذلك بسبب اختلاف نسبة الكحول فيها بين نوع ونوع، مع العلم أن الكحول الموجود في الخمور هو الكحول الإيتيلي (Ethyl alcohol) أو الإيتانول (Ethanol)، وهذا ينتج عن تخمر المنتجات النباتية، أما الكحول الآخر (الكحول الطبي) المعروف باسم الكحول الميتيلي (Methyl alcohol) فهو ينتج عن تقطير الاخشاب، وهو سُم خطير إذا تناوله الإنسان (بعض المدمنين يشربونه إذا لم يجدوا خمراً).

الصباح التالي لشرب الكحول

إذا شربت في سهرتك مقداراً زائداً من الكحول، فإنك، وبشكل عام، ستعاني من صداع مزعج في الصباح التالي، وستلاحظ أنك تبول أكثر من المعتاد (لأن الكحول يدر البول).

في مثل هذه الحالة عليك بالراحة في السرير، وشرب كميات إضافية من الماء (أو السوائل) لتعويض ما فقده جسمك منها وتناول طعاماً بسيطاً واستعمل مسكنات للألم غير الأسبرين لأن الأسبرين يضر بمعدتك التي تكون حساسة جداً في هذا الوقت، ونلفت نظرك إلى أنه لا يوجد عقار (كالقهوة السوداء مثلاً) بإمكانه أن يسرع في طرح الكحول من جسمك، بل لا بد من مرور وقت كافٍ ليقوم الجسم بتحطيم وطرح الكحول الموجود في دمك.

الإفراط في شرب الكحول

سؤال يسأله كثير من الناس، متى يصبح الشرب إفراطاً؟

إن تأثيرات الكحول الضارة على الجسم ترتبط بشكل أساسي على تركيزه في الدم. ومن المعروف أن الجسم يمتص الكحول من جهاز الهضم إلى جهاز الدوران، ثم يقوم الكبد بتحطيمه (يحطم الكبد حوالي (90%) من الكحول الموجود في الدم) وتقوم الكليتان بطرح قسم منه مع البول. وعادة تصل نسبة الكحول إلى حدها الأعلى في الدم، بعد الشرب، بـ (60 ـ 90) دقيقة، وفي نفس الوقت يقوم الجسم بتحطيم ما وصل منه إلى الدم، ويكمل تحطيم كامل الكحول الموجود في الدم بعد (8 ـ 12) ساعة من التوقف عن الشرب.

فإذا أردت أن لا ترتفع نسبة الكحول في دمك إلى مستوى عالٍ فراعِ النواحي التالية:

(1) تذكر أن نسبة الكحول في الدم تعتمد على كمية الدم في الجسم، بمعنى أنه إذا شرب شخصان، أحدهما ضخم البنية والآخر ضئيل البنية، نفس المقدار من الكحول فإن تركيزه يكون في دم ضخم البنية أقل من تركيزه في دم ضئيل البنية، لأن دم ذاك الضخم أكبر كمية من دم هذا الصغير البنية.

(2) يمتص الجسم الكحول دون أن يجري عليه أية عملية هضم، لذلك إذا شربت ومعدتك خاوية، فإن الكحول سيُمْتَص بسرعة وتركيزه في الدم سيزداد بسرعة أيضاً. أما إذا شربت

وأنت تأكل، أو إذا شربت ومعدتك ممتلئة بالطعام، فإن ذلك سيؤدي إلى حدوث بطء في امتصاص الكحول وبالتالي تأخر ارتفاع نسبته في دمك.

(3) إذا شربت الكحول ببطء شديد فإن تركيزه في دمك سيكون أقل مما لو شربته بسرعة.

(4) تختلف نسبة الكحول الموجودة في المشروبات الكحولية بين نوع وآخر، لذلك يختلف تأثير هذه المشروبات الواحد عن الآخر.

(5) إذا كنت ممن اعتادوا على شرب الكحول بشكل دائم، فإن جهازك العصبي سيعتاد عليه، ولن يتأثر دماغك كما يتأثر دماغ الشخص الذي يشرب قليلاً أو في مناسبات نادرة.

(6) تختلف مقدرة الأجسام على تحمل الكحول بين شخص وآخر، فلا يمكننا أن نأخذ شخصاً ما مقياساً لأشخاص آخرين في هذا المضمار.

(7) إن الأشخاص الذين اعتادوا على شرب الكحول قد يتكلمون بشكل طبيعي وهم في حالة السُكر، لكن مهاراتهم لن تكون طبيعية (فمثلاً لن يستطيعوا قيادة سيارة بشكل سليم).

(8) إن الرجل الذي يشرب الكحول تزداد رغبته في ممارسة الجنس بينما تقل مقدرته على فعل ذلك.

(9) إن المداومة على شرب الكحول يستوجب أن يزيد الشخص مقدار ما يشربه ليحصل على الاستجابة أو الشعور الذي يرغبه، في حين أن نسبة الكحول تتضاعف في دمه، وبالتالي يتضاعف ضررها على الجسم.

وأخيراً نؤكد مرة أخرى بأن تعاطي الكحول «مرض عضال» وعلى المريض بهذا الداء أن يبذل جهده للتخلص من مرضه.

ـ 3 ـ

الأكل والشرب بحكمة

لا يفيد الإنسان أبداً أن يتخم معدته بالمأكولات والمشروبات الكثيرة، بل عليه أن يتذكر أن الغاية من تناول الطعام هي فقط إمداد الجسم بالغذاء اللازم، لتجديد القوة والطاقة المستهلكتين، وإعادة بناء ما تلف من الأنسجة والخلايا الجسمية، وتأمين نمو سليم وبناء جسم صحيح. **لذلك على الإنسان أن يطبق القواعد الصحيحة في تناوله للطعام وهي**:

1 ـ عدم الإفراط في تناول الطعام «الأكل والشرب باعتدال».

2 ـ تناول طعام جيد ومتوازن بحيث يشمل اللحوم والخضراوات والفواكه والفيتامينات والمعادن كلها.

3 ـ عدم الأكل أكثر من الحاجة، مع تنظيم أوقات تناول الطعام قدر الإمكان.

وفيما يلي نقدم استجواباً يبين لك مقدار تطبيقك لمبدأ الأكل والشرب بحكمة، وعليك أن تجيب بنعم أو لا على كل سؤال:

(1) هل يقع وزنك ضمن المعدل العادي بالنسبة لطولك (راجع جدول معدل الوزن المقبول ص 31).

(2) هل تتناول عموماً وجبتين أو ثلاثة من الحجم المتوسط أكثر من كونك تأكل وجبات خفيفة عابرة ووجبة واحدة كبيرة؟

(3) هل تصر على إهمال المواقيت المحددة للوجبات الممتعة مستبدلاً ذلك بالأكل على عجل أثناء متابعة نشاطاتك؟

(4) هل تحدد استعمالك للدهون وتستعمل رئيسياً زيوت الطبخ المتعددة اللاإشباع والدهون النباتية؟

(5) هل تتناول قليلاً من المأكولات المقلية وترغم نفسك على ألاً تتناول أكثر من ثلاثة أو أربعة أصناف ثانوية من المقليات بالأسبوع؟

(6) هل تقتصر على تناول ما لا يزيد عن أربع بيضات بالأسبوع؟

(7) هل تشرب وسطياً عدة أكواب من الماء أو الحليب المخيض كل يوم؟

(8) هل تتناول مقداراً كافياً من صنفي طعام على الأقل غنيين بالألياف كل يوم؟

(9) هل تختار غالباً أن تأكل السمك أو الطيور وتفضلها على اللحوم الحمراء أو المدهنة مثل لحم (الغنم ـ البقر)؟

(10) بالنسبة لتناول الفواكه والحلويات بين الوجبات (الأساسية)، هل تأكل الفاكهة الطازجة أكثر مما تختار الكاتو والفطائر والكعك؟

(11) هل تتفادى أكل كميات كبيرة من الأطعمة المالحة مثل المخللات والبسكويت المملح وشرائح البطاطا؟

(12) هل تحدد استعمالك للملح وتتذوق على الدوام الأطعمة قبل أن تملحها؟

(13) هل تشرب القهوة أو الشاي دون سكر وتتفادى المشروبات المحلاة؟

(14) هل تقتصر على تناول أربعة فناجين أو أقل من القهوة في اليوم؟

التقييم:

ـ كلما زاد عدد إجاباتك بنعم كلما كان طعامك أصح، وكانت عادتك في الأكل أكثر رفقاً وحكمة.

ـ وكلما زاد عدد إجاباتك بلا، كلما زادت الأهمية لكي تتمعَّن في إجراء تغيير في عاداتك في الأكل والشرب.

مكونات الوجبة الغذائية الصحية

تحتوي الوجبة الغذائية الصحية على البروتينات والكربوهيدرات والدهون (وكلها منتجة للحريرات التي تنتج الطاقة) والألياف والفيتامينات والمعادن، (والتي رغم أهميتها، لا تنتج أية حريرات أو طاقة) وبالإضافة إلى ذلك هناك الماء الذي لا حياة بدونه.

وفي حال انقطع الإنسان عن الطعام والشراب فإنه يموت خلال أربعة إلى خمسة أيام، أما إذا تناول السوائل فقط فإنه يستطيع أن يعيش حوالي شهرين.

ـ وفيما يلي نلقي لمحة على هذه المواد:

1) البروتينات (Proteins):

يجب أن تشكل البروتينات حوالي(10 ـ 15%) من الوجبة الغذائية، وهي العناصر الكيميائية التي تشكل البناء الأساسي للكائنات الحية. والإنسان يحتاج يومياً إلى تناول البروتين لتأمين نمو جسمه وإعادة بناء وترميم أنسجته التالفة، وهي نوعان حيوانية ونباتية.

فالبروتينات الحيوانية متوافرة في اللحوم والأسماك والبيض والجبن، وهي تؤمن كثيراً من البروتين الأساسي الذي يطلبه الجسم. أما البروتينات النباتية فمتوفرة بكميات كبيرة في الفاصولياء والبازيلاء والحمُّص والبقول الأخرى، وكذلك في الحبوب أيضاً، فهي موجودة في القمح والخبز غير المنقى. والذين يعتمدون الغذاء النباتي فقط (النباتيون)، معرضون للإصابة بسوء التغذية بسبب نقص البروتين خاصة إذا لم ينِّوعوا وجباتهم الغذائية بشكل مدروس.

عند تناول كميات إضافية من البروتين فإن الجسم يقوم بتخزين هذا الفائض على شكل دهون.

2) الكربوهيدرات (Carbohydrates):

يجب أن تشكل حوالي(40 ـ 45%) من الوجبة الغذائية، وهي عبارة عن عناصر كيميائية تحوي الكربون والهيدروجين والأكسجين، وكل الطعام الذي نعتقد أنه من النشويات أو السكريات يحوي نسبة عالية من الكربوهيدرات. نذكر من ذلك السكريات والخبز والبسكويت والحلويات والبطاطا والحبوب، هذه الأغذية تشكل مصادر جيدة للطاقة، وبعضها يضم عناصر غذائية أخرى مثل القمح وخبز القمح الذي يحوي على ألياف وبروتين وحديد.

إن السكر ليس عنصراً غنياً بالمواد الغذائية، بل هو عامل جيد لإنتاج الطاقة بشكل سريع، كذلك فإن معظم الأشخاص المفرطي البدانة يحصلون على كميات كبيرة من الحريرات، غالباً على شكل سكر أو مواد غذائية غنية بالسكر، مما يؤدي إلى تخزين المواد الغذائية المنتجة للطاقة على شكل بدانة، مع العلم أن السكريات من العوامل المهمة في إحداث

نخور الأسنان. والسكر ليس عنصراً أساسياً لتوليد الطاقة باعتبار أن هناك عناصر مفيدة غذائياً من الكربوهيدرات والبروتينات والدهنيات يمكنها إنتاج الطاقة. ونقص السكر في الوجبة الغذائية المتوازنة يمكن أن يحرِّض الجسم على استعمال الدهون المخزونة فيه لإنتاج الطاقة بدون حرمانه من الأطعمة الأساسية.

3) الدهون (Fats) وتسمى أيضاً بالشحميات أو الشحوم (Lipids):

وتوجد في بعض الأغذية النباتية مثل الزيتون والجوز كما توجد في الأغذية الحيوانية. وجسم الإنسان يستعمل هذه الدهون لتأمين الطاقة اللازمة، ويستعمل كمية صغيرة جداً منها في عملية النمو والترميم، بالإضافة إلى ذلك تجعل هذه المواد الطعام مستساغاً ومتماسكاً، والإفراط في تناولها يجعل الجسم يختزنها بشكل بدانة (سُمْنَة)، وبذلك تسبب مشاكل صحية خطرة (راجع البدانة ص 627).

اعتماداً على تركيبها الكيميائي يمكن تصنيف الدهون بدهون مشبعة (Saturated) ودهون غير مشبعة (Unsaturated). ومن المعتقد أن الدهون المشبعة تزيد كمية الكولسترول (Cholesterol) في الدم (ص 30) وخاصة منها الدهون الحيوانية الموجودة في الحليب والزبدة والأجبان واللحوم، فهي غالباً عالية الإشباع، والإفراط في تناولها يمكن أن يكون، جزئياً، مسؤولاً عن تطور مرض تصلب الشرايين (ص 491). أما الدهون الموجودة في السمك والدجاج والزيوت النباتية فمعظمها غير مشبعة. وهي في الدجاج تتراكم بشكل رئيسي في الجلد لذلك ينصح بعدم أكله. ومن وجهة النظر الصحية فإن أفضل الدهون هي التي تكون متعددة اللاإشباع (Polyunsaturated).

4) الفيتامينات والمعادن (Vitamins and Minerals):

الفيتامينات، عناصر كيميائية معقدة التركيب لا يستطيع الجسم عادة تشكيل معظمها، لكنه بحاجة ماسة لها حتى يتمكن من تأدية وظائفه بالشكل الصحيح، ويوجد منها أنواع كثيرة. ورغم تنوعها وكثرتها، فإن الإنسان يحصل عليها كلها، عادة، إذا تناول وجبة غذائية مدروسة ومتوازنة (راجع الفيتامينات والمعادن ص 630).

والمعادن، عناصر كيميائية تكون غالباً بشكل معادن أو أملاح معادن، مثل الحديد والفوسفور والكالسيوم وكلورالصوديوم (ملح الطعام). ويحتاج الجسم منها مقادير صغيرة جداً يمكن تأمينها كلها بتناول وجبة غذائية جيدة ومتوازنة، مع ملاحظة أن تناول كمية زائدة من ملح كلورالصوديوم يضر بالصحة، خاصة إذا كان الشخص يعاني من ارتفاع ضغط الدم (ص 463).

5) الألياف (Fibers):

الألياف (أو الخشائن أو المواد السللوزية ـ Roughage) هي مواد لا يستطيع السبيل الهضمي أن يهضمها، منها السللوز (Cellulose) والبكتين (Pectin) الموجودان في الدقيق غير المنقى والحبوب والفواكه والخضراوات الورقية والبقوليات مثل العدس، ورغم ذلك فالألياف لها أهمية كبيرة في الوجبات الغذائية. فهي تؤمن القوام الذي يساعد الأمعاء على طرح الفضلات، كما أنها تساعد في منع حدوث داء الرتج (ص 606) وسرطان المعي الغليظ (ص610)، ويعتقد بعض الأطباء أن الألياف تؤثر في الطريقة التي يستخدم فيها الجسم الدهون، ووجبة غنية بالألياف النباتية يمكن أن تساعد في إنقاص تطور تصلب الشرايين، وذلك بتخفيض مستويات الدهون، بما فيها الكولسترول في الدم.

6) الماء (Water):

يؤلف الماء حوالي نصف الجسم تقريباً، كما يشكل حوالي (70%) من الطعام بينما (30%) منه فقط مواد صلبة. والجسم يفقد كل يوم حوالي لترين من الماء في عملية التنفس والتبول والتغوط والتعرق.

الوجبة المتوازنة

إن عدم تناول وجبة غذائية متوازنة لا يحدث فقط بسبب تناول الطعام الخطأ بل يحدث أيضاً بسبب تناول كميات كبيرة من عنصر غذائي معين وكمية غير كافية من عنصر آخر. أما إذا نوَّع الإنسان أصناف الطعام الذي يتناوله في وجبته فإنه، وبدون تخطيط لذلك، يكون قد حصل على كامل المواد الغذائية الأساسية. ومن ناحية أخرى إذا اقتصر طعامه على نوع واحد فقط، أو كان قليل التنوُّع، فإن صحته سوف تتدهور.

يجب أن تؤمن الوجبة المتوازنة كل الأغذية والطاقة التي يحتاجها الإنسان، ولكن دون زيادة أو إفراط. **وفيما يلي نقدم بعض المؤشرات التي تساعد في تحقيق تناول الوجبة المتوازنة:**

(1) كل لحماً مرة واحدة في اليوم (ولا تكثر منه)، وتذكر أن لحم الأسماك والدواجن يحوي مقداراً أقل من الدهون مما يحويه اللحم الأحمر.

(2) تناول طعاماً مسلوقاً (أو مطبوخاً) أو مشوياً أكثر مما تتناول من الطعام المقلي، وإذا كنت ترغب بتناول طعام مقلي فاستعمل في قليه زيتاً متعدد اللاإشباع (مثل زيت الذرة) بدلاً عن الزبدة أو السمنة المشبعة.

(3) قلِّل ما استطعت من تناول الملح ومركبات الصوديوم الأخرى والمنكهات، ولا تملِّح طعامك قبل أن تتذوقه.

(4) تناول كميات وافرة من الخضراوات والفواكه بدون طبخ، أو بطبخ خفيف، لأن المبالغة في الطبخ يخرب الفيتامينات.

(5) لا تأكل أكثر من أربع بيضات في الأسبوع، لأن البيض يحوي كمية كبيرة من الكولسترول.

(6) إذا أردت أن تأكل شيئاً بين الوجبات، فتناول الفاكهة الطازجة وابتعد عن المعجنات والحلويات.

(7) أخيراً ننصحك بالاعتدال في تناول طعامك وشرابك، ولا تتخم معدتك أبداً بمقادير كبيرة منها.

الكولسترول (Cholesterol)

مادة كيميائية ستيروئيدية (Chemical steroid) يوجد في بعض الأغذية وخاصة في الدهون والبيض والحليب. يحتاج الجسم منه إلى مقادير صغيرة، لكنها هامة وضرورية وأساسية لتشكيل الخلايا العصبية وللمحافظة عليها، و لتركيب هرمونات طبيعية، ولكن هذا لا يعني أن يأكل الإنسان أغذية غنية بالدهون، لأن كبده يقوم باستخدام أغذية أخرى لتصنيع الكولسترول الذي هو بحاجة إليه. وإذا امتنع عن تناول الأغذية الغنية بالكولسترول، فإنه يساهم في تخفيض نسبته في دمه بمقدار (15%)، وهذه نسبة هامة جداً وكافية للتفريق بين وجود نسبة طبيعية من الكولسترول في الدم ووجود نسبة خطرة أو حرجة تحدث الأمراض.

إن وجود مستويات عالية من الكولسترول في الدم يمكن أن يؤدي إلى تضيُّق الشرايين نتيجة تشكُّل مخزون كبير من العصيدة (نوع من المواد الدهنية في الشرايين)، وهذا بدوره يؤدي إلى تصلُّب الشرايين (ص 491)، لذلك فإن خفض كميات الدهون المشبعة والأغذية الأخرى الغنية بالكولسترول في الطعام يخفِّض من احتمال الإصابة بتصلب الشرايين ويقلل من مخاطر هذا المرض.

مخطط الوزن

تظهر الإحصائيات الطبية أنّ الناس، وفي كل الأعمار، الذين هم دون أو فوق الوزن المعتدل يكونون أقل صحة وعافية ومقاومة للأمراض من أقرانهم ذوي الوزن المعتدل الصحيح المتناسب مع أطوالهم وجنسهم وبنيتهم، وخاصة مفرطي الوزن منهم نجدهم أكثر عرضة للإصابة بأمراض القلب، والداء السكري، والتهاب المفاصل الرثوي، وغير ذلك من أمراض.

يعتمد الوزن المثالي على الجنس والطول والبنية، فبعض الناس يتمتعون بعظام أثخن وبنية أضخم من الآخرين، ويظهر هذا بوضوح من ثخانة العظام في الرسغ والمرفق والركبة والكاحل.

وقد وضع المهتمون بدراسة الأوزان المفضلة للناس، جداول مختلفة لذلك، تبين تلك الأوزان بالنسبة لكل فرد، نورد هنا الجدول المنتخب التالي:

وللمقارنة بين وزنك الفعلي ومعدل الوزن المقبول بالنسبة لك، قيِّم بنيتك، ومن ثمّ اعثر

على طولك تحت قائمة الطول، ثم فتّش عن الوزن الموافق لبنيتك وجنسك على المخطط، وقارن مع وزنك الحقيقي فتعرف كم هو ناقص أو زائد وزنك.

جدول معدل الوزن المقبول بالكيلوغرام

الطول	الرجال بدون ملابس			النساء بدون ملابس		
سنتيمتر	البنية الصغيرة	البنية المتوسطة	البنية الضخمة	البنية الصغيرة	البنية المتوسطة	البنية الضخمة
145				50 ـ 45	54 ـ 49	60 ـ 53
150				52 ـ 47	57 ـ 51	62 ـ 54
155	60 ـ 57	63 ـ 58	67 ـ 61	55 ـ 49	60 ـ 53	65 ـ 58
160	61 ـ 58	65 ـ 60	70 ـ 63	60 ـ 52	63 ـ 56	69 ـ 61
165	63 ـ 60	67 ـ 62	74 ـ 65	62 ـ 54	66 ـ 59	72 ـ 63
170	66 ـ 62	70 ـ 65	77 ـ 68	65 ـ 57	68 ـ 62	75 ـ 66
175	68 ـ 64	73 ـ 67	81 ـ 70	66 ـ 60	71 ـ 64	78 ـ 69
180	72 ـ 66	76 ـ 70	85 ـ 74			
185	75 ـ 69	80 ـ 73	89 ـ 77			
190	79 ـ 73	84 ـ 77	93 ـ 81			

طريقة إنقاص الوزن

يشكل الدهن عند الأشخاص العاديين حوالي (15٪) من وزن الرجل البالغ و(25٪) من وزن المرأة البالغة، وما زاد عن ذلك يعتبر أمراً غير مرغوب فيه وضاراً بالصحة، ومن الناحية المثالية يجب أن يبقى الوزن ثابتاً تقريباً بعد سن الخامسة والعشرين، ولكن فعلياً يزداد وزن معظم الناس قليلاً مع تقدم العمر، ويصل المرء إلى أثقل وزن في حوالي سن الخمسين رغم عدم وجود سبب فيزيولوجي واضح لذلك، ربما يعود الأمر إلى نمط الحياة الهادىء وتناول كميات إضافية من الطعام (راجع التقدم بالعمر وزيادة الوزن ص 33).

إذا كنت تشك في أنك بدين ، عليك أن تنظر إلى جدول معدل الوزن المقبول (السابق) وتقارن وزنك مع أوزان أقرانك، وإذا لم تقتنع بأنك بدين فاخلع ملابسك وقف أمام المرآة عارياً واقفز باعتدال عدة قفزات في الهواء، فإن كنت بديناً فإنك سترى الدهن المتراكم في جسمك قد بدأ يهتز بوضوح، أو جرِّب أن تعقص طية من طيات جلد بطنك مباشرة فوق السرة فإذا زادت سماكة الطية بين إصبعيك عن (2,5 سم) فذلك يعني ضرورة إعادة النظر في وزنك وطعامك.

الطعام المدروس والمعدل خطوة خطوة:

لقد صنَّف المختصون الطعام في ثلاثة زمر رئيسة معتمدين على مبدأ أن أفضل طريقة لتخفيف الوزن هي تحديد استهلاك الأطعمة المُسَمنة مع السماح للبدينين بتناول كل ما يرغبون به من طعام غير مسمن، فوزعوا الأطعمة إلى ثلاث زمر، وجعلوا طعام الزمرة الأولى كل ما من شأنه أن يزيد الوزن، وطعام الزمرة الثانية هي الأقل تسميناً، وطعام الزمرة الثالثة يضم بعض الأطعمة التي تحتوي على حريرات أقل وإمكانية زيادة الوزن عند متناولها ضعيفة جداً وذلك على الرغم من أنها تعطي الشعور بالشبع وتحوي مواد غذائية مفيدة.

إنّ تصنيف الطعام على هذا الشكل لا يفيد الذين يرغبون بإنزال أوزانهم فحسب، بل يفيد أولئك الذين يرغبون بالمحافظة على أوزانهم أيضاً. ونؤكد على ضرورة أن الغاية النهائية هي فقدان الوزن ببطء وباستمرار ودون فترات راحة، وحالما يصل المرء إلى الوزن المرغوب فإنّ عليه الإبقاء على وزنه الجديد ثابتاً تماماً.

باشر العمل كما يلي:

الخطوة الأولى: امتنع كلياً، أو جزئياً، إذا فضلت ذلك، عن تناول كل الأطعمة الواردة في الزمرة الأولى، كذلك توقف عن تناول المشروبات الكحولية، وما في حكمها وتناول مقداراً معتدلاً من الأطعمة الواردة في الزمرتين الثانية والثالثة، وإذا رغبت في تناول مزيد من الطعام فليكن من أطعمة الزمرة الثالثة فقط.

الخطوة الثانية: إذا مرّ أسبوعان على البدء بالخطوة الأولى ولم ينقص وزنك إطلاقاً فتوقف نهائياً عن تناول أطعمة الزمرة الأولى، وقلِّل من تناول أطعمة الزمرة الثانية إلى النصف، وتناول من أطعمة الزمرة الثالثة بمقدار ما ترغب.

الخطوة الثالثة: فإذا مرّ أسبوعان آخران ولم ينقص وزنك، فعليك أن تقلل ما تتناوله من الزمرة الثالثة إلى النصف، وتقلل ما تتناوله من الزمرة الثانية إلى الحد الأدنى مع الامتناع عن تناول أطعمة الزمرة الأولى.

يسمح لك هذا البرنامج بتناول وجبات متنوعة ولذيذة ومعقولة أثناء فترة اتباع الحمية المنقصة للوزن. وإذا سارت الأمور بالشكل المرغوب فيه، فعندما تصل إلى وزنك المفضل يمكنك المحافظة على نوعية ومقدار ما تتناوله من طعام أو أن تعدل فيه قليلاً، بحيث لا يعود وزنك للازدياد من جديد، وفي هذه الحالة إذا لاحظت أنك عدت لاكتساب المزيد من الوزن فيتوجب عليك أن تنقطع فوراً عن جميع الأطعمة التي تزيد وزنك (راجع بحث البدانة ص627).

جدول تصنيف الطعام في ثلاث زمر

اللحوم	الخضار والبقول	مشتقات الحليب والبيض	أطعمة أخرى
الزمرة الأولى: الدهن المرئي على أي لحم، الأوز، البط، النقانق، معجون اللحوم.		الزبدة، القشدة، البوظة (خاصة البوظة العربية المصنعة مع القشدة)	الأحسية (الحساء)، المرق الكثيف، السكر والشوكولا، الفطائر، الحلويات، الكاتو، المهلبيات، الكاستارد، الفواكه المجففة والمعلبة. المشروبات المحلاة، الجوز، المربيات، العسل.
الزمرة الثانية: اللحم المدهن، الأسماك الزيتية مثل السردين.	البقول مثل: الفاصولياء والفول والحمص	البيض، الجبنة، الحليب كامل الدسم.	المعكرونة، الأرز، الأحسية الكثيفة، الخبز، الحبوب «غير المحلاة»، الدهن النباتي، الزيوت النباتية متعددة اللاإشباع.
الزمرة الثالثة: الطيور (ولا تشمل جلدها) باستثناء البط والأوز، الكبد، لحم بدون دهن، شرائح اللحم المصنع من الصويا، الأسماك وبعض منتجات البحر كالجمبري (القريدس).	البطاطا ـ الخضار بأنواعها (نيئة أو مطبوخة طبخاً خفيفاً) الأحسية النباتية.	الحليب المزالة قشدته ـ اللبن الرائب، اللبنة (لبن مصفى).	النخالة ـ الفواكه الطازجة ـ عصير الفواكه غير المحلاة (بدون سكر).

التقدم بالعمر وزيادة الوزن

يبدو أن جسم الإنسان يحتاج إلى طاقة أقل كلما تقدم بالعمر، ويعود ذلك بشكل رئيس إلى نقص النشاط الذي يبذله الإنسان كلما تقدم بالعمر باتجاه الشيخوخة، وفي نفس الوقت يستمر معظم الناس بتناول نفس المقدار من الطعام، رغم تناقص حاجتهم للطاقة، بل هناك من يزيد من كمية الطعام بدلاً من أن ينقصها.

أضف إلى ذلك أن الذين يشربون الكحول، تنتج هذه الكحول في أجسامهم حريرات زائدة مما يؤدي إلى زيادة ترسب الدهون في جسمهم (أي زيادة أوزانهم).

والمحصلة النهائية تكون، زيادة في كمية الطعام المستهلك، فزيادة في الطاقة المتوفرة، مع نقص في استهلاك تلك الطاقة، والنتيجة زيادة في الوزن.

الوجبات اليومية

هناك أشخاص، ولأسباب خاصة بهم أو بظروف عملهم، يتناولون وجبة طعام واحدة كل يوم، وتكون وجبتهم هذه كبيرة ويتخمون معدتهم بالطعام والشراب. إن مثل هذا التصرف خاطىء ويضر بالجسم بشكل ملحوظ.

وهناك أشخاص لا يتقيدون بأوقات الطعام فيأكلون عدة مرات كل يوم، وكيفما اتفق، ويفرطون في تناول المأكولات والمشروبات. إن مثل هذا التصرف خاطىء أيضاً ويضر بالجسم بشكل كبير.

وقد أثبتت الأبحاث أن كمية الطعام التي يتناولها الإنسان في يوم كامل تكون فائدتها أكثر إذا تناولها في عدة وجبات خفيفة بدلاً من أن يأكلها مرة واحدة. كما أن الوجبات الصغيرة المتفرقة تساعد في منع الداء السكري وتلعب دوراً في الإبقاء على سكر الدم في مستوى ثابت تقريباً. وكذلك فإن تناول الطعام بهذا الشكل يمنع الشعور بالجوع والتعب وأحياناً القلق لأن بعض الناس يقلقون عندما يكونون جائعين.

عندما يريد الإنسان تناول طعامه، عليه أن يجلس ويسترخي ويتناول طعامه بهدوء، ويمضغه جيداً، وأن يأخذ وقتاً كافياً لذلك، وأن ينهي الوجبة بقطعة فاكهة أو قطعة جبن ولا ينهها بقطعة حلوى، وبعد الانتهاء من تناول الطعام عليه تنظيف أسنانه بشكل جيد.

عندما يتناول الإنسان طعامه وهو منشغل البال أو يراقب التلفزيون مثلاً فإنه قد يأكل أكثر مما ينبغي، لذلك عليه أن يحرص على وضع الطعام في صحن خاص حتى يعرف مقدار ما تناوله من طعام.

الطعام الصحي

يجب طبخ الطعام جيداً (دون إفراط) وتخزينه في ظروف صحية، لأن إهمال ذلك قد يعرض آكله لمخاطر حقيقية.

ـ وفيما يلي نجمل أهم النصائح الصحية في هذا المجال:

1 ـ يطبخ الطعام جيداً حتى النضج، وذلك للقضاء على أي كائنات يحتمل وجودها فيه.

2 ـ يحفظ الطعام في أوانٍ نظيفة ومغطاة وداخل البراد.

3 ـ يفضل عدم تسخين الطعام، وعند فعل ذلك، يجب تسخينه بشكل جيد وكافٍ لقتل كل الجراثيم النامية فيه.

4 ـ على جميع أفراد العائلة أن يغسلوا أيديهم بعد الخروج من المرحاض، وقبل تناول الطعام مباشرة.

5 ـ إذا كان في يد أي واحد من أفراد العائلة جروح أو دمامل (خراجات) فيجب تغطيتها بشكل جيد قبل البدء بتناول الطعام.

6 ـ يجب المحافظة على نظافة المطبخ وخاصة السطوح التي يوضع عليها الطعام أو يحضر فوقها، وغسلها دائماً بماء حار وصابون.

7 ـ نظف الصحون وكل الأواني المستعملة أثناء تناول الطعام بشكل جيد بواسطة الماء الحار والصابون.

8 ـ تُغطَّى القمامة دائماً بشكل محكم ولا تترك لتتراكم في المطبخ لفترة طويلة، ويجب تنظيف حاويات القمامة بشكل جيد جداً وباستمرار.

9 ـ لا تستعمل الأطعمة (الحاوية على الحليب خاصة) بعد مضي(48) ساعة على تحضيرها حتى لو احتفظ بها في البراد.

10 ـ عند اخراج بعض المحفوظات من الثلاجة (أطعمة مجمدة) لتحضيرها وطبخها، يجب تركها في البراد وليس في العراء حتى يذوب الجليد، وعدم العودة لتجميدها مرة ثانية.

11 ـ يطبخ لحم الطيور واللحوم الأخرى بشكل جيد خاصة إذا كانت مجمدة.

حساب الحريرات[1]

الحريرة هي مقياس للقدرة (الطاقة)؛ فإن أحرقت قطعة من الخشب مثلاً فإنه يمكنك قياس القدرة الناتجة عن ذلك الاحتراق بالحريرات (بشكل حرارة)، وبالمثل فإن جسمك يحرق مقداراً معيناً من الطعام ليحرر عدداً من الحريرات (ليحصل على الحرارة).

تنتج مكونات الطعام الأساسية ـ البروتينات والسكريات والدهون ـ مقادير متباينة من القدرة، فالأطعمة الغنية بالدهون تنتج حريرات أكثر من الأطعمة الغنية بالبروتينات والسكريات.

يعتمد، بشكل عام، عدد الحريرات التي يحتاجها الإنسان يومياً على مدى نشاطه الجسمي، فالمرأة التي تقوم بعمل مكتبي مثلاً تحتاج، وبشكل وسطي، إلى (2000 ـ C) ألفي حريرة يومياً، في حين أن المرأة التي تقوم بعمل معتدل النشاط، كربة المنزل، تحتاج تقريباً إلى

(1) يرمز للحريرة بحرف c صغير للدلالة على وحدة قدرة صغيرة نسبياً، ويرمز بحرف (C) الكبير للدلالة على وحدة قدرة تساوي ألف ضعف (c) الصغير وعادة يعتمد عند الإشارة إلى الحريرة في المقالات على (C) الكبير.

(C ـ 2300) ألفين وثلاثمائة حريرة يومياً، ويحتاج الرجل الذي يقوم بعمل مكتبي معتدل النشاط كالمدرس مثلاً إلى (C ـ 2800) ألفين وثمانمائة حريرة يومياً، ويحتاج العامل النشيط، كعامل البناء مثلاً، إلى (C ـ 3000) ثلاثة آلاف حريرة يومياً، فإذا تناول الإنسان بضع مئات من الحريرات زيادة عن حاجته اليومية، فمن المحتمل أن يزداد وزنه إلا إذا مارس عملاً أكثر نشاطاً أو أجرى تمارين رياضية تستهلك مزيداً من الحريرات.

ترتفع حاجة المرأة الحامل وفي مراحل الحمل الأخيرة، وكذلك الأم المرضعة، إلى (C ـ 800) ثمانمائة حريرة إضافية يومياً لتغذية الجنين أو الطفل.

هنالك قلّة من الناس يتناولون أكثر من حاجتهم اليومية من الحريرات دون أن تزداد أوزانهم وهذا يعود إلى أن أجسامهم، ولسبب ما، قادرة على حرق الحريرات الزائدة وعدم تخزينها بشكل زيادة في الوزن.

عندما يتقدم الإنسان بالعمر فسيجد أنه من الصعوبة بمكان المحافظة على وزنه منخفضاً حتى ولو كان ما يأخذه من حريرات ضمن الحدود الصحيحة نظرياً (راجع التقدم بالعمر وزيادة الوزن ص 33).

جدول الحريرات

يبين الجدول التالي مقدار ما تنتجه الأطعمة المذكورة من حريرات في الجسم حسب المقادير الواردة فيه. فإذا أردت أن تنقص وزنك بطريقة تعداد الحريرات التي ينتجها غذاؤك الذي تتناوله فاعلم أن هذا الجدول غير كافٍ لذلك، لكنه يعطيك فكرة فقط عن موضوع الحريرات.

باستطاعتك أن تعد الحريرات التي ينتجها طعامك الذي تتناوله خلال يومٍ كامل بالاستعانة بالأرقام الواردة في هذا الجدول، ولا تنسَ أن تحسب أيضاً ما ينتجه السكّر الذي تضيفه إلى القهوة أو الشاي أو غيرهما من المشروبات، من حريرات، أو ما تنتجه الزبدة التي تضيفها فوق الخبز أثناء الطعام.

ونلفت النظر إلى أن المقادير والأرقام المذكورة كلها هي نتيجة دراسات أجريت في الغرب، وعلى طعامهم ومنتجاتهم، وهذا يضيف فرقاً قد يكون كبيراً في بعض الأطعمة.

جدول الحريرات Calorie Index

نوع الطعام أو الشراب	المقادير	الحريرات المتجة
- ...ناس طازج	100 غ	40
- ...جاص (الكمثرى)	150 غ	50
- ...ناس (شراب معلب)	100 غ	75
- ...وكادو	240 غ (حبة واحدة)	500
- بيض مسلوق	55 غ (بيضة كبيرة)	90
- بيض مقلي	50 غ (بيضة وسط)	108
- ...ياض البيض	31 غ (بيضة وسط)	16
- صفار البيض	18 غ (بيضة وسط)	64
- ...وظة	60 غ	100
- ...طيخ أصفر	200 غ	25
- ...لح	25 غ	105
- ...صل	150 غ (بصلة وسط)	40
- ...رتقال	150 غ (حبة وسط)	60
- عصير البرتقال	200 مل	100
- ...ازلاء طازجة	100 غ (مسلوقة)	55
- ...ازلاء علب	100 غ (مطبوخة)	70
- ...طاطا مسلوقة	100 غ (حبة متوسطة)	80
- ...طاطا شيبس	10 غ	54
- ...طاطا حلوة	100 غ	155
- ...ندورة	25 غ	5
- ...فاح	25 غ (تفاحة صغيرة)	40
- عصير تفاح	240 مل	125
- ...زر أصفر	100 غ	20
- ...بن	120 غ	100
- حليب (حيلو)	5 غ (ملعقة طعام)	60
- حليب (كامل الدسم)	200 مل	130
- حليب (دون قشدة)	200 مل	70
- [illegible]	25 غ	1
- [illegible]	50 غ	120
- [illegible]	50 غ	110
- [illegible]	50 غ	5
- [illegible]	50 غ	50
- ...رة محمصة	100 غ	30
- ...رة محمصة	100 غ	70
- [illegible]	100 غ (مسلوق)	100
- [illegible]	25 غ	100
- [illegible]	5 غ	35
- ...يت ضع	14 غ (ملعقة طعام)	126
- [illegible]	25 غ	25
- [illegible]	20 غ	115
- [illegible]	40 غ	116
- [illegible]	10 غ	70
- [illegible]	100 غ	35
- سكر ...يض	10 غ	50
- ...وكولا مع سكر	28 غ	152
- ...وكولا مكثفة (سائلة)	120 مل	250
- شاي بدون سكر	فنجان أو أكثر	000
- عجين محلى ومحمر بالسمن	100 غ	150
- عنب	25 غ	10
- عسل	5 غ	15
- فاصولياء حب	100 غ	60
- فاصولياء خضراء	100 غ (مسلوقة)	20
- فريز	100 غ	25
- الفطر	25 غ	5
- فول سوداني (فستق)	20 غ	114
- فلفل حلو	25 غ	4
- قرنبيط	100 غ	10
- قهوة بدون سكر	فنجان أو أكثر	000
- القريدس Shrimp	100 غ	95
- كرفس	25 غ	2
- كرز	100 غ	100
- كاكاو (مع حليب وسكر)	170 مل	155
- كولا	180 مل	80
- كريما	25 غ	60
- لبن رائب	100 غ	50
- ليمون	100 غ	30
- اللوز	25 غ	150
- لحم بقر	100 غ (مشوي)	210
- لحم بقر	100 غ (مطبوخ)	200
- لحم دجاج	100 غ	140
- لحم سمك القد	100 غ فيليه	75
- لحم سمك سلطمون	100 غ	100
- لحم بط	100 غ	300
- لحم همبرغر	100 غ	245
- لحم سمك الرنكة	100 غ (فيله مقلي)	220
- لحم سجق	100 غ	250
- لحم سمك الأسقمري	100 غ (مقلي)	190
- لحم سمك السلمون	100 غ (مشوي)	185
- لحم سمك ترويت	100 غ	245
- لحم سمك تونا	100 غ (معلبة بالزيت)	300
- لحم سمك تونا	100 غ (معلب بالماء المالح)	160
- لحم ديك رومي	100 غ	150
- لحم عجل	100 غ (مشوي)	275
- مشمش	100 غ	100
- موز	100 غ	44
- ملفوف	100 غ	15
- المكرونة	100 غ	40
- النخالة	10 غ	15
- هيليون (الهليون)	100 غ	10
- اليوسفي (نوع من البرتقال)	100 غ	33

الكافئين

إن الكافئين (Caffeine)، وهو مادة توجد في القهوة والشاي والكاكاو والكولا وغيرها، ينبه جهازك العصبي المركزي ويشعرك بمزيد من الحيوية وله مفعول مدر للبول، لكن تأثيراته تختلف من شخص إلى آخر، وبشكل عام فإن فنجاناً واحداً أو اثنين من القهوة أو الشاي كافٍ لإحداث الأثر المنبه.

يمكن أن يؤدي تناول مقادير مفرطة من الكافئين (1000 ملغ)؛ أو أكثر، إلى التململ وفقدان النوم والارتعاش والخفقانات والإسهال، ومثل هذه الأعراض قابلة للحدوث عند أولئك الأشخاص الذين يشربون أكثر من أربعة فناجين من القهوة السوداء المركزة في يوم واحد.

يحتوي فنجان القهوة، ذو الحجم المتوسط، على حوالي (100 ملغ) من الكافئين، أما القهوة السريعة، أو الحليبية، فتحوي على مقدار أقل، وهناك مقادير أقل بكثير في الشاي والكاكاو وأقل من ذلك في مشروبات الكولا، ونحن ننصح الذين تجاوزوا الأربعين من أعمارهم بأن يكتفوا بفنجانين من القهوة في اليوم.

ورغم أن شاربي القهوة أو الشاي المعتادين، يصبحون معتمدين نفسياً (مدمنين) على هذا العقار، فإن حدوث اعتماد جسمي فعلي يبدو أمراً نادراً، (أي حدوث الإدمان وظواهر سحب العقار)، ومن غير المرجح أن يصبح الاعتماد النفسي على القهوة مشكلة صحية كبرى، ومن الجدير بالتذكير أنه لا يوجد فيتامينات أو معادن في القهوة أو الشاي أو الكولا، ويشكل عصير الفاكهة والماء بدائل أفضل منها.

المواد التي تضاف إلى الطعام

هي مواد كيميائية تضاف إلى الأطعمة من أجل حفظها أو لتحسين لونها أو ملمسها أو منظرها أو نكهتها، وهي تضم المواد الحافظة والمواد الملونة والمواد المنكهة ومانعات التأكسد وغيرها، وكلها تضاف بمقادير صغيرة جداً ومدروسة بعناية، ويوجد منها مواد طبيعية بحتة تؤخذ من المواد الموجودة في الطبيعة، ومواد كيميائية تركيبية يتم تحضيرها كيميائياً في المختبرات.

أهم المواد المضافة للطعام:

الملونات (Colorings): معظمها يستعمل لجعل الطعام يبدو بلون جذاب، والعديد منها طبيعي ومنها الصناعي.

الحافظات (Preservatives): تضاف للطعام لغايتين، فهي إما أنها تبطىء نمو الجراثيم أو تمنعه، وبذلك تطول مدة حفظ الطعام، أو أنها تستعمل لحفظ الأطعمة الموسمية ليصار إلى أكلها بعد انقضاء موسمها. ولبعض الحافظات أكثر من وظيفة، فمنها مثلاً ما يمنع التأكسد.

مضادات التأكسد (Antioxidants): تستخدم، غالباً، لإطالة فترة خزن الأطعمة، مثل الزيوت والمواد الدهنية كالزبدة والسمنة وغيرها.

المنكهات (Flavorings): تضاف للطعام لتحسين نكهته ورائحته. نذكر منها المالتول (Maltol) الذي يضاف للخبز لإعطائه نكهة طازجة (ليبدو طازجاً).

مواد تغير بنية الأطعمة (Food modifiers): تضاف للطعام لتغيير ملمسه وبنيته، منها المثبتات والمواد الوسطية، ومنها ما يساعد على التخمر أو تكوين الهلاميات.

وبعد أن استعرضنا، باختصار شديد، أهم المواد التي تضاف للطعام لا بد من طرح السؤال التالي: هل إضافة هذه المواد يضر بالإنسان؟

عند إضافة المواد السابقة إلى الأطعمة لا بد من اتباع التعليمات، بدقة، فإذا أضيفت بالمقادير المدروسة والمسموحة، فليس هناك دليل أو برهان على أنها تؤذي البشر، ورغم ذلك فهناك تحفظات كثيرة على هذه المواد واستعمالاتها، وهي أنها قد تؤدي إلى ردود فعل أرجية(تحسسية) لدى البعض، محدثة صداعاً وألماً في العنق وضعفاً في الأطراف وتعرقاً وخفقاناً في القلب، وهذا يظهر بشكل خاص عند استعمال الملوّن الأصفر المسمى غلوتومات الصوديوم الأحادي، وهو تركيب كيميائي يستعمله الصينيون كثيراً لتحسين منظر ونكهة طعامهم، مما دفع البعض لتسمية الظواهر الأرجية المذكورة سابقاً بمتلازمة المطعم الصيني (راجع ص 942).

ـ 4 ـ
المحافظة على اللياقة الجسمية(*)

إن حالة الصحة العامة (العافية) ترتبط، لدرجة كبيرة، مع اللياقة البدنية للإنسان، وتتحدد هذه اللياقة بشكل عام بمقدار العمل الجسمي الذي يقوم به الإنسان بما في ذلك جميع الحركات والأعمال الروتينية كالمشي والجلوس والعمل اليومي، ولكن الأمر الأكثر أهمية من ناحية اللياقة البدنية هو نوعية ومقدار التمارين الرياضية المدروسة التي يجريها الإنسان وسنفسر لاحقاً سبب ذلك.

ولتتعرف على سوية لياقتك الجسمية التقريبية يمكنك إجراء الاختبار التالي:

الاختبار:

ـ اختر بناءً طابقياً واصعد على درجه ثلاثة طوابق (أي حوالي ستين درجة) في فترة زمنية لا تتجاوز ثلاثة دقائق فقط.

ـ ثم انتظر دقيقة واحدة بالضبط ثم عد نبضات قلبك خلال ثلاثين ثانية (نصف دقيقة) وقارن الرقم مع الجدول التالي:

	الرجال		النساء		
	تحت 45 سنة	فوق 45 سنة	تحت 45 سنة	فوق 45 سنة	معدل اللياقة
عدد	أقل من 36	أقل من 38	أقل من 40	أقل من 42	ممتاز
نبضات	36 ـ 41	38 ـ 43	40 ـ 45	42 ـ 47	جيد
في	42 ـ 50	44 ـ 52	46 ـ 56	48 ـ 58	مقبول
30 ثانية	أكثر من 50	أكثر من 52	أكثر من 56	أكثر من 58	ضعيف

• لمزيد من المعلومات عن اللياقة الجسمية راجع كتاب اللياقة البدنية للمؤلف ـ دار النفائس.

ـ بعد هذه المقارنة تستطيع معرفة معدل لياقتك المتوقع. فإذا شعرت أثناء الاختبار بأنك لا تستطيع المتابعة، أو شعرت شعوراً مزعجاً بانقطاع النفس أو بغثيان أو دوخة أو بتعب شديد بحيث أنك لا تعود قادراً على الكلام، أو بأي شعور بعدم الارتياح فتوقف فوراً عن متابعة التمرين واعلم أنك غير لائق، بل يتوجب عليك مراجعة الطبيب، خاصة إذا كنت راغباً بإجراء تمارين رياضية متنوعة.

فائدة التمارين

يشير مصطلح التمرين البدني في سياق اللياقة البدنية إلى نشاط يتضمن درجة معقولة من الحركة البدنية تجعل المرء يلهث ويتعرق عندما يقوم به بشكل عنيف، فأعمال البستنة والمشي وركوب الدراجة ولعب التنس كلُّها تمارين بدنية شريطة أن تنفذ بجهد كافٍ.

هناك سبب طبي وجيه حول فائدة النشاط البدني، فأي عمل تقوم به العضلات يزيد حاجتها من الأكسجين، لذلك نجد الرئتين، أثناء التمرين البدني، تعملان بكفاءة أكبر للحصول على مزيد من الأكسجين، وفي نفس الوقت يخفق القلب بقوة وسرعة أكثر من المعتاد لضخ مزيد من الدم إلى العضلات، وهذا تمرين للقلب والرئتين يجعلهما أكثر كفاءة وقوة.

إن أمراض القلب مسؤولة عن ثلث جميع الوفيات تقريباً، وعن نسبة مرتفعة من الأمراض الخطيرة، ولذلك فإن القلب الكفء المتمرن، إضافة إلى الرئتين القويتين، يعنيان تعرضاً أقل للإصابة بمشكلات صحية كبيرة بالمقارنة مع قلب غير متمرن ورئتين ضعيفتين.

أظهرت إحدى الدراسات الطبية أن الأشخاص متوسطي الأعمار ذوي الأعمال المكتبية الذين لا يتمرنون هم أكثر عرضة، بمقدار الضعف، للإصابة بهجمات قلبية بالمقارنة مع الأشخاص الذين يتمرنون تمريناً منتظماً.

نلفت النظر إلى أنه كلما زاد استعمال العضلات، وازداد عدد العضلات والمفاصل التي تستعمل كلما كانت الثمار البدنية أكبر، والنوع الأفضل من التمرين هو ذاك المعروف بالتمرين الديناميكي Dynamic كالسباحة والمراوحة، لأن هذا النوع من التمرين يقوي القلب والرئتين وعضلات الجسم ويجعل المرء يلهث ويتعرق، ويحافظ على ليونة المفاصل وعلى نشاط الجسم والعقل. أما النوع البديل من التمرين والذي يُدعى التمرين السكوني Static، كرفع الأثقال، فإنه يمكن أن يبني عضلات محددة بناءً قوياً ولكنه يفيد قليلاً في تحسين القلب والرئتين، كما أنه لا يرفع سوية اللياقة العامة.

يمكن أن يساهم الافتقار إلى التمرين في تطور اضطرابات مرضية متنوعة؛ فأي شخص قد أصيب بمرض أو أذية واضطر إلى ملازمة الفراش فترة من الزمن يعرف جيداً كم أصبحت عضلاته ضعيفة، كما أن هذا الإهمال نفسه يؤثر سلباً على العظام ويمكن أن يؤذي القلب

والرئتين، وكذلك فإن العضلات الضعيفة غير المتمرنة تلقي عبأً على المفاصل والأربطة من خلال الحمولة الزائدة عليهم.

إن التمرين السيء غير المدروس، والذي يمارس في فترات متباعدة، ربما يؤذي العضلات والأربطة والمفاصل في حين أن التمرين المدروس المنتظم يقلل خطورة الأذية، لذلك تكون الفوائد الجسمية للتمرين المدروس والمناسب واضحة، بالإضافة إلى الفوائد النفسية حيث أن كثيراً من الناس ينامون بشكل أفضل بعد التمرين ويستيقظون بنشاط أكبر، ويكونون أكثر انتباهاً وأكثر قدرة على التركيز

تصبح المفاصل التي تُمرَّن بانتظام لينة وسليمة، أما قلة استعمال المفاصل فقد يقود إلى ضعفها وتصلبها وظهور اضطرابات مفصلية مُحدّدة مثل التقفعات، كما أن العضلات التي تُشَغِّل المفاصل، وكذلك الأربطة الداعمة لها، ربما تصبح ضعيفة أيضاً وهزيلة.

وبما أن العضلات التي تحرك الرجلين هي من بين العضلات الكبيرة في الجسم، فإن النشاطات التي تمرن الرجلين مثل السباحة أو المراوحة أو ركوب الدراجة تشكل كلها طرائق ممتازة لوضع الأعباء السليمة على القلب والرئتين وتساعد على تحسين اللياقة العامة.

ملاحظة (1): إن عضلات العدّاء، لمسافات طويلة غالباً ما تكون أصغر حجماً، ولكنها تتمتع باحتياطيات مرتفعة من المثابرة. أما عضلات رامي القرص أو الرمح فهي عادة ذات حجم أكبر وقدرة عظيمة إلا أنها تتمتع باحتياطات منخفضة من المثابرة.

ملاحظة (2): تجمع عضلات الجسم الجمبازي ما بين القوة والمثابرة والرشاقة، وتصل إلى سوية عالية من اللياقة الجسمية الشاملة.

ملاحظة (3): إن التمرين الجسمي المنتظم والعنيف يجعل القلب والرئتين أقوى وأكفأ، ورغم أن التمرين قد لا ينقص مقدار العصيدة المتراكمة في الشرايين إلا أنه قد يوسع الشرايين ويجعل إمكانية حدوث انسداد تام فيها ـ بسبب جلطة مثلاً ـ أقل احتمالاً.

مارس التمارين التي تفيدك

إن الرياضة ليست تدريباً عشوائياً يمارسه الإنسان وحسب، بل هي علم وفن. فأنت إنسان عادي، بحاجة إلى ممارسة التمرين الذي يزيد من لياقتك وكفاءتك الجسمية فقط، ولست بحاجة إلى ممارسة تمارين لاعبي الجمباز والمصارعين مثلاً، **وفيما يلي نشرح لك بعض الإرشادات التي تستطيع تطبيقها لتحصل على برنامج تمارين مفيد**:

1 ـ مارس التمارين، على الأقل ثلاث مرات كل أسبوع، واجعل فترة تمرينك ساعة على الأقل، ويمكنك أن تجعلها في ثلاثة فترات يفصل بينها استراحة بحيث تكون مدة الفترة عشرين دقيقة. وعليك أن تتمرن بحيث تلهث وتتعرق وتشعر بقلبك ينبض بقوة، ولكن

دون اللجوء إلى العنف لكي لا تصاب بالدوار أو الغثيان، أو بتشنج العضلات وآلام المفاصل. وتذكر دائماً أن تبدأ بتمارين بسيطة للتحمية (حتى تسخن عضلاتك) وأن تنهي بتمارين بسيطة للتبريد (أي لا تتوقف فجأة عن التدريب العنيف).

2 ـ إختر التمارين التي تناسب ذوقك وتشعرك بالمتعة، مثلاً تستطيع أن تمارس الرياضة بإنجاز أعمال حديقتك، أو بركوب الدراجة، أو بالسباحة أو بالمشي السريع، مع مراعاة أصول إجراء التمارين الرياضية.

3 ـ إن كنت مبتدئاً الآن بممارسة التمارين الرياضية، فلا تمارس الألعاب العنيفة، ولا تستعجل للوصول إلى اللياقة المطلوبة، بل ابدأ بالتمارين الخفيفة، ويوماً بعد يوم أضف بعض التمارين بحيث تصل إلى مستوى التدريب المرغوب، ويكون ذلك بعد أربعة أسابيع من التمرين. وإذا كنت تمارس تمارينك مع آخرين فحاذر من المنافسة معهم خاصة إذا كنت مبتدئاً، أو كنت في متوسط العمر وكانوا هم متمرنين أو شباباً.

تحذير: إن كنت قد تجاوزت الخامسة والأربعين من عمرك (خاصة إن كنت لم تمارس الرياضة سابقاً)، أو إن كنت مدخناً أو مفرط السمنة، أو كنت تحت الإشراف الطبي لسبب ما، أو خاضعاً لعلاج طويل الأمد من مشكلة صحية (كمرض قلبي أو داء السكري)، فعليك استشارة طبيبك قبل البدء بممارسة التمارين الرياضية.

تمارين التحمية أو التسخين: يجب أن تستمر تمارين التسخين من (8 ـ 15) دقيقة، ويمكن أن تشمل الجري في الهواء الطلق أو الجري في المكان أو ركوب دراجة عادية ثابتة أو القفز في المكان.

إن هدف تمارين التسخين هو جعل جسمك بكامله قابلاً للتحرك بجميع الاتجاهات وأداء جميع الحركات، وهي ترخي العضلات وترفع من مستوى عمل القلب والرئتين، وهي تمارين مهمة يجب عدم إهمالها.

عندما يسخن جسمك وترتفع حرارته، يزداد إمداد الدم إلى جميع أعضائه وتصبح التمارين أكثر فعالية، كما تصبح عضلاتك أكثر تقبلاً لأداء التمارين. فتمارين التسخين تمطط العضلات وأربطة المفاصل والألياف الأخرى بحيث تسمح بمرونة أكبر، وتعرف أن جسمك قد أصبح ساخناً أو جاهزاً لأداء التمارين الأكثر عنفاً عندما يبدأ بالتعرُّق بشكل واضح.

التمارين الأساسية: تشمل التمارين الأساسية نوعين من التمارين وهما:

ـ **تمارين التقوية**: التي تعيد أو تزيد القوة العضلية لكامل عضلات الجسم.

ـ **وتمارين التمطط**: التي تعيد أو تحسِّن مرونة عضلات وأوتار الجسم المختلفة.

لذلك يجب أن تكون التمارين المنتخبة مزيجاً من تمارين التقوية والتمطط بحيث تحقق في مجموعها الغايتين المرجوَّتين (مع ملاحظة أن أداء تمارين التمطط يأتي بعد ممارسة تمارين التقوية) على أن يستمر أداء هذه التمارين من (30 ـ 45 دقيقة).

إن تمارين التقوية تشدُّ عضلات الجسم وتحسِّن أداءها وشكلها، في حين تساعد تمارين التمطط على زيادة مرونة العضلات وتسهل حركتها، لأن عضلات الجسم إن لم تمطط بالمقدار الكافي فإنها تصبح أكثر صلابة وتصبح محدودة الحركة. أما إذا لم تتمطط أبداً لفترة طويلة فإنها تتصلب بشكل قد يؤدي إلى تمزقها عند إجراء التمارين الرياضية، مسببة الأذى والألم.

يجب أن تكون حركات التمطط هادئة وبطيئة، في الأيام الأولى، ولا تتجاوز حدود المقدرة، وأن تكون ضمن المدى المريح فقط. وبعدما تسترخي الأربطة والعضلات تدريجياً، ويتم ذلك بعد عدة تمارين في عدة أيام، يُبدأ في زيادة التمطيطات.

تمارين التبريد: بعد ادائك للتمارين الأساسية الأكثرعنفاً والتي اخترتها وأديتها بعدما كنت قد أديت تمارين التحمية، يصبح جسمك في أوج نشاطه، فإذا توقفت فجأة عن التمرين بدون اعطائه فرصة للتراخي التدريجي فإن الدم في جسمك سوف يتجمع في العضلات والأوردة مما يسبب حدوث دوخة أو غثيان وإعياء، وربما حدثت بعض القساوة في عضلاتك. لذلك يجب عليك إجراء تمارين خاصة بينما يبرد جسمك، على أن تستمر هذه التمارين من (8 ـ 15) دقيقة، وهي وحدها تسمح للجسم بالتراخي بهدوء وبالتدريج إلى أن تعود جميع وظائفه إلى سوياتها الطبيعية.

ونحن نقترح أن يكون جزءاً من تمارين التبريد، السير لعدة دقائق، وتُجرى باقي التمارين بوضعية الجلوس أو الاستلقاء.

تقييم اللياقة البدنية التي تحصل عليها من ممارستك للنشاطات المبينة:

نورد فيما يلي جدولاً يبين قيم اللياقة البدنية المكتسبة من ممارسة التمارين المذكورة، بالنسبة إلى القلب والرئتين ومرونة المفاصل وقوة العضلات، ويبين أيضاً مقدار ما تستهلكه من حريرات خلال عشرين دقيقة من التمرين.

إن هذا التقييم ينطبق على الشخص الذي يمارس الرياضة بمستوى عادي مقبول، ولا ينطبق على المتسابقين المحترفين أو على الذين يمارسون التمرين بهدوء وتكاسل، وهو في مجمله يعطي فكرة عن اللياقة البدنية المكتسبة بشكل عام.

التمرين الممارس	الحريرات المستهلكة خلال عشرين دقيقة من التمرين بنشاط	مقدار اللياقة المكتسبة بالنسبة للقلب والرئتين	مقدار اللياقة المكتسبة بالنسبة لمرونة المفاصل	مقدار اللياقة المكتسبة بالنسبة لقوة العضلات
المشي العادي	60	+	+	+
أعمال المنزل وأعمال الحديقة الخفيفة	90	+	+ +	+
ممارسة الغولف	90	+	+ +	+
المشي السريع	100	+ +	+	+
تنس الريشة الطائرة	115	+ +	+ + +	+
ركوب الخيل	115	+ +	+ + +	+ +
الأعمال اليدوية المجهدة	140	+ +	+ + +	+ + + +
الرقص النشيط	160	+ +	+ + +	+
الهرولة	160	+ + +	+	+ +
التنس	160	+ + +	+ + +	+ +
التزلج على الجليد	160	+ + +	+ + +	+ +
الجمباز	140	+ +	+ + + +	+ +
التزلج باتجاه منخفض	160	+ + +	+ + +	+ +
التزلج في الريف	180	+ + +	+ + +	+ +
التجذيف	180	+ + + +	+ +	+ + + +
كرة القدم الأميركية	180	+ + +	+ + +	+ + +
كرة القدم	180	+ + +	+ +	+ + +
كرة المضرب	200	+ + +	+ + +	+ +
الجري السريع	210	+ + + +	+ +	+ +
ركوب الدراجة	220	+ + + +	+ +	+ + +
السباحة	240	+ + + +	+ + + +	+ + + +

التقييم

إن إشارة + واحدة تعني أن اللياقة المكتسبة في حدها الأدنى.

وإشارة + مرتين تعني أن اللياقة المكتسبة في حدود معقولة.

وإشارة + ثلاث مرات تعني أن اللياقة المكتسبة بحدود جيدة.

وإشارة + أربع مرات تعني أن اللياقة المكتسبة بمستوى ممتاز.

ـ 5 ـ

المحافظة على اللياقة الذهنية

يتعرض معظم الناس، على الرغم من أنهم يتمتعون بسلوكيات اجتماعية وعاطفية طبيعية، إلى أطوار من الكَرْب الشديد؛ فوفاة عزيز، أو قريب، والصعوبات المالية، واعتلال الصحة، والقلق تشكل، كلها، جزءاً من الحياة، فإذا صادف أن واجه المرء أكثر من عامل واحد من العوامل السابقة فإنه يصاب بمعاناة عاطفية وعقلية، ورغم أن هذه الأوقات من الكَرْب قد لا تسبب، تحديداً، اضطراباً عقلياً (وجسمياً)، ، فإنها تستطيع أن تلعب دوراً هاماً في جعل الإنسان أكثر عُرضة للمرض، ولهذا ونظراً لعدم تمكنك من تفادي الكَرْب على الدوام، فإن المعلومات التالية تعلمك كيف تطور موقفاً عقلياً صحيحاً يحمي عقلك وجسمك من التدهور، لأن المرء إذا لم يتمكن من التأقلم الجيد عندما يكون معرضاً للكَرْب الشديد فإنه يصاب باضطراب عقلي قد يكون واضحاً، وبغية تحمل توترات الأطوار الصعبة في الحياة فإن كل إنسان يحتاج لتأقلم ذهني سليم إضافة للجسم السليم، **وإن الاستجواب التالي سيساعدك على تقييم الحالة الراهنة لسعادتك ومرونتك العقليتين، أو لنقل إنه يعرفك إلى أي حدّ أنت تتمتع بصحة عقلية جيدة، وعليك أن تجاوب بنعم أو لا على كل من الأسئلة الواردة:**

(1) أتنام، حالياً، نوماً سيئاً؟

(2) أتشعر عموماً بأنك تعب وتفتقر للنشاط؟

(3) أتجد صعوبة في التركيز على أمر ما عندما تتوفر لديك الإرادة المصممة على فعل ذلك؟

(4) أتشعر بعدم الرضا عن عملك وتعتقد أنك لا تقوم به على أفضل وجه؟

(5) هل اهتماماتك ونشاطاتك بخلاف عملك قليلة أو معدومة؟

(6) هل تتجنب مقابلة أناس جدد بسبب الإجهاد الذي يوجبه التفكير بشيء ما لتتكلم به معهم؟

(7) أتجد عادة صعوبة في التوافق مع الناس؟

(8) هل تجعلك المضايقات والتأثيرات الطفيفة مستثاراً أو سيء المزاج حتى عندما تعلم بأنها طفيفة؟

(9) أتشعر حقاً بأنك غير مقرَّب لأحد، ولا حتى إلى أفراد أسرتك؟

(10) أتنظر إلى الحياة كنضال دؤوب متصاعد؟

(11) أتميل إلى إهمال مظهرك الشخصي؟

(12) هل تصاب بالصداعات كثيراً؟

(13) عندما تفكر بالمستقبل، هل تشعر بالاكتئاب الشديد؟

التقييم: كلما زاد عدد إجاباتك بنعم، كلما كان مهماً لك أن تدرس المقالات التالية، وأن تستفيد منها بشكل فعلي.

وبغية تقييم المضمون المحتمل للأحداث الخارجية الراهنة على قدرتك على التأقلم ادرس الاستجواب المعنون بـ (المعاناة من ضغوط حياتية شديدة ص ـ 50).

التخلص من التوتر

يتمتع بعض الناس بمقدرة كبيرة على تحمل أعباء وضغوطات الحياة، فيبدون طبيعيين ويتصرفون بهدوء واتزان مهما كانت ظروفهم سيئة. وعلى عكس هؤلاء هناك أشخاص يتوترون ويغضبون ويعانون وكأن مأساة كبيرة حلت بهم بمجرد أنهم تعرضوا لمشاكل مزعجة قد تكون تافهة أحياناً. فإذا كنت، أنت، من الفئة الانفعالية المتوترة فتذكر أن الانفعالات الشديدة تؤثر على الجسم؛ فهي تؤدي إلى زيادة إفراز هرمون الأدرينالين (Adrenaline)، وهذا بدوره يؤدي إلى ازدياد تواتر التنفس وتسرع دقات القلب وارتفاع ضغط الدم وتوتر العضلات وغير ذلك، مما يضر، من حيث النتيجة، بالشخص المتوتر، خاصة إذا كان مصاباً بأحد الأمراض القلبية، حيث يؤدي ارتفاع التوتر الشرياني إلى مضاعفات قد تكون خطيرة. لذلك ينصح في مثل هذه الحالات باللجوء الفوري إلى خفض ضغط الدم قبل حدوث أي تطور ضار.

وفيما يلي نقدم عدة تمارين تساعد على الاسترخاء، للشخص المتوتر وغير المتوتر:

تمرين يفيد في استرخاء العضلات المتوترة:

هذا التمرين بسيط ويمكن إجراءه في أي وقت وأي مكان وهو مفيد جداً.

(1) إخلع أية ملابس ضاغطة أو مزعجة لك.

(2) استلق على ظهرك فوق الأرض مباشرة، في غرفة دافئة وهادئة، ذات نور خفيف.

(3) إغمض عينيك ثم شد عضلات وجهك ودعها تسترخي عدة مرات.

(4) إرفع رأسك بهدوء وانظر باتجاه قدميك، ثم أرجع رأسك إلى وضعه فوق الأرض واترك كل عضلات رأسك وعنقك تسترخي، ثم كرر ذلك عدة مرات.

(5) إضغط كتفيك باتجاه الأرض جيداً ثم استرخ تماماً، وكرر عدة مرات.

(6) إفرد أصابع يديك، وامدد ذراعيك إلى الجانب وشدهما بقوة ثم استرخ وكرر ذلك عدة مرات.

(7) إرفع إليتك عن الأرض مستنداً على رجليك وكتفيك ويديك، واثبت لحظة ثم استرخ من جديد، وكرر عدة مرات.

(8) ضم رجليك إلى جانب بعضهما وافردهما تماماً وحاول أن تفرد قدميك أيضاً بقدر ما تستطيع واضغط عضلاتك ثم استرخ وكرر عدة مرات.

يمكنك أن تفعل هذه التمارين مرة أخرى وأنت منبطح على بطنك، واجعل كامل التمرين يستغرق حوالي عشرة دقائق.

تمرين ينشط القلب والرئتين بواسطة التنفس:

إن أخذ نفس عميق، وتكرار ذلك عدة مرات، خاصة إذا كان الهواء نقياً، يساعد كثيراً على تنشيط القلب والرئتين، كما يساعد في إزالة التوتر. لذلك تمرن على أن تتنفس بعمق مرتين كل يوم على الأقل. ولفعل ذلك يفضل أن تكون في جو ذي هواء نظيف.

خذ وضعية مريحة أو استلق على الأرض. تنفس بعمق شديد، ثم أطلق الهواء، واجعل فترة التنفس قصيرة، واستمر في فعل ذلك لمدة دقيقة. ولكن إذا شعرت بأي انزعاج أو دوار فتوقف فوراً. أما إذا كنت متوتراً فقم بإجراء هذا التنفس العميق ولكن ببطء واستمر في فعله لمدة ثلاث دقائق.

تمرين التامل:

يوجد العديد من طرق التأمل، وكلها تهدف إلى إفراغ العقل من كل الأفكار التي تتفاعل فيه. واليوم يوجد في العالم مدارس ومنظمات تدرب على التأمل وكيفية فعله. أما أنت وبوسائلك الذاتية فبإمكانك اتباع الخطوات التالية لكي تجري جلسة من التأمل، وتذكّر أن الوصول إلى درجة ممتازة أو فعّالة من التأمل يحتاج إلى تمرين متواصل على ذلك.

1 ـ اختر مكاناً هادئاً ومريحاً، واجلس بوضعية مريحة جداً، وابدأ بإرخاء كل عضلات جسمك، (حاول أن ترخي عضلاتك في جزء من جسمك ثم في جزء آخر حتى تصل إلى إرخاء كل عضلاتك وخاصة عضلات وجهك)، ثم اغمض عينيك.

2 ـ حاول أن لا تفكر بأي شيء، فإذا دخلت الأفكار إلى رأسك فابعدها عن تفكيرك، وإذا لم تتمكن من فعل ذلك، فاختر كلمة أو جملة ما وابدأ بتكرارها ذاتها دون التفكير في معناها ودون أن تحرك شفتيك.

3 ـ حاول أن تجلس للتأمل مرتين كل يوم، ولمدة خمس دقائق كل مرة، واستمر في فعل ذلك لمدة أسبوع، ثم أضف عدة دقائق إلى فترة تأملك واستمر في إطالة وقت التأمل حتى تتمكن من الجلوس للتأمل لمدة نصف ساعة على الأقل.

4 ـ يمكنك، إذا وجدت أن ذلك أفضل لك، أن تفتح عينيك وتنظر إلى شيء ما تحدده أنت، وتثبت نظرك عليه وتفكر به فقط، وذلك بدلاً من إغماض العينين وتكرار كلمة أو جملة مختارة.

التعامل مع الأزمات

أياً كان وضعك الصحي أو حالتك الذهنية أو مركزك الاجتماعي، **فمن الأفضل إن تعرضت إلى أزمة أن تتعامل معها كما يلي:**

(1) فكر بالوضع كما هو، وانسَ الماضي، وحاول أن تكون فاعلاً في حل المشكلة وفي تشكيل الأحداث التالية، ولا تفكر بشأن المستقبل فهو خارج عن نطاق سيطرتك، بمعنى آخر، حاول أن تتعامل مع الأزمة كما هي.

(2) حاول أن تجزِّىء مشاكلك (أو مشكلتك) وابدأ بحلها واحدة بعد الأخرى (أو جزءً بعد الآخر).

(3) إذا وجدت أن ذلك مفيد، ناقش الأمر مع عائلتك وأصدقائك، واستمع إلى آرائهم ونصائحهم، ولكن لا تحمِّلهم مسؤوليات مشاكلك.

(4) إذا وجدت حلاً مناسباً لمشكلتك، فنفذه بشكل إيجابي ودون تأخير، ولا تشتت تفكيرك في عدة حلول.

(5) إذا وجدت نفسك قد بدأت بالانعزال، فاشغل نفسك وعقلك بالعلاقات الاجتماعية أياً كان نوعها ولا تستسلم للعزلة.

(6) لا تكن عنيداً في مواقفك، ولا تحمِّل الآخرين المسؤولية عن مشكلتك حتى لو كان لهم دور فيها. فإن الكره والعداء المكبوتين لن يحققا لك شيئاً.

(7) ركز على أن تريح نفسك بالقدر الكافي كل يوم، وحاول أن تسترخي.

(8) حاول أن تمارس حياتك بنفس الطريقة التي كنت معتاداً عليها.

(9) حاول أن تنام في أوقاتك المعتادة، وخذ نصيبك المعتاد من النوم والراحة ولا تأخذ مشاكلك معك إلى السرير.

(10) اعترف لنفسك أنك في أزمة حقيقية، ولا تكن مغروراً ومكابراً، واطلب مساعدة المخلصين لك إن أمكنك ذلك.

(11) لا تشعر أبداً بالإحباط، وكن متفائلاً إيجابياً ولا تثقل نفسك بالهموم ولا تتصور أنك لن تخرج من أزمتك أبداً.

(12) يمكنك أن تلجأ إلى شخص خبير بالحياة أو يمتلك ثقافة دينية عالية، ومتعاطف معك، واشرح له أزمتك وهو سيقترح عليك حلاً يريحك.

كيف تنام ليلة هانئة

يقضي الشخص العادي، وفي الحالات الطبيعية، ما بين (7 ـ 8) ساعات من النوم كل يوم، إلاَّ أن متطلبات النوم تختلف في الواقع اختلافاً واسعاً، فإذا كنت تستيقظ على الدوام بعد (5 ـ 6) ساعات فقط من النوم، وتجد من ثمّ صعوبة في متابعة النوم فلا تشغل بالك بذلك، فربما كان ما نمته كافياً لسد حاجتك، وليس هناك ما يستدعي القلق عموماً إذا كنت تستيقظ مرة أو مرتين أثناء نومك.

يميل كثير من الناس ليس فقط للمبالغة في تقدير حاجتهم للنوم بل وأيضاً للتقليل من

الوقت الذي قضوه نائمين في ليلة ممضّة، ويدل البحث في سلوك توقيت النوم وأمواج الدماغ الكهربائية على أنّ غالبية الناس الذين يظنون أنهم بالكاد حصلوا على غفوة بسيطة كانوا قد أمضوا في الواقع عدة ساعات وهم نائمون.

إنّ قضاء بضعة أيام، دون الحصول على ساعات نوم كافية، لن يضر بك طالما أنك تبقى نشطاً وصاحياً صحواً سليماً خلال ساعات الاستيقاظ، ومع ذلك فإن كنت تشعر بإجهاد أو توتر زائد يعيق استرخاءك لكي تغط في النوم عندما تنوي ذلك فحاول أن تتبع الاقتراحات التي سيلي ذكرها لاحقاً، وإذا استمرت شكايتك من أحد أشكال الوَسَن، وبدا أن ذلك يؤثر على سيرورتك اليومية المعتادة فاستشر طبيبك، ورغم أنّ الفترات المديدة من السّهاد قد لا تضر بصحتك بحد ذاتها فإنّ الوَسَن قد يشكل أحياناً عرضاً منذراً بمرض عقلي مثل القلق (ص340) أو الاكتئاب (ص 336) ومن أجل الأسباب الأخرى المحتملة للصعوبة في النوم، راجع المخطط رقم (4)من مخططات التشخيص الذاتي.

اقتراحات ربما تجلب لك نوماً هانئاً:

(1) لا تأخذ معك عملاً إلى الفراش، وإذا كنت تحب القراءة في السرير قبل النوم فاقرأ شيئاً خفيفاً لطيفاً خالياً من الإثارة والإزعاج.

(2) نفِّذ على الأقل تمريناً جسمياً واحداً خلال اليوم بحيث يشعر جسمك بالتعب الكافي لطلب الراحة وقت النوم، فإذا لم تكن تقوم بالكفاية من التمرين فحاول أن تمشي قليلاً قبل النوم.

(3) إنّ أخذ حمام دافىء قبل النوم مباشرة قد يساعدك على الاسترخاء.

(4) رغم أنّ الانزعاج العاطفي أو التمرين المجهد قبل النوم مباشرة قد يؤخرا نومك فإنّ الاتصال الجنسي المُرْضي يكون له أثر مركّن في الغالب.

(5) تأكد من أنّ سريرك مريح وأنك لست دافئاً أو بارداً جداً فأغلب الناس ينامون بشكل أفضل في غرفة درجة حرارتها ما بين (16 ـ 18) درجة مئوية.

(6) استعمل طرائق التخلص من التوتر الموصوفة في (ص 46).

(7) إذا أخفقت كل هذه الاقتراحات واستمريت صاحياً وبحالة تململ في فراشك عندئذ انهض وغادر الفراش وابقَ صاحياً حتى تشعر بالتعب، ثم عاود محاولة النوم، وتأكد من الاستيقاظ صباحاً في وقتك المعتاد، وحاول أن تبقى صاحياً طوال النهار، خذ غفوة قصيرة فقط إن كان يتوجب عليك متابعة صمودك أثناء النهار كله.

أثر الضغوط النفسية الشديدة على الجسم والعقل

لقد أثبتت الدراسات أن أي تغيير في أسلوب الحياة اليومي، سواء كان هذا التغيير مفيداً أم ضاراً، فإنه سيؤثر على القدرات الجسمية والعاطفية والعقلية. فإذا وقع المرء تحت ضغوط

نفسية شديدة (إجهاد نفسي)، فإن جميع أجهزة جسمه ستتأثر بذلك، **وفيما يلي نشرح أهم المضاعفات الناتجة عن الضغوط النفسية الشديدة، وإن كانت العلاقة بين السبب والنتيجة غير واضحة دائماً** :

ـ **الأثر على جهاز الهضم**: إن كثيراً من الأمراض الهضمية يسببها، أو يثيرها، الضغط النفسي الشديد، مثل مشاكل المعدة واضطرابات الأمعاء والاثني عشر والتهاب القولون التقرحي وتهيج الأمعاء الغليظة والإمساك وغيرها.

ـ **الأثر على أعضاء التناسل**: تؤثر الضغوط النفسية على مقدرة الرجال الجنسية، وأكثر ما يكون الأمر واضحاً هو في عدم مقدرة الرجل على الانتصاب الجيد، وحدوث القذف السريع. أما تأثيرها على المرأة فتؤدي إلى اضطرابات الطمث أو غياب الدورة.

ـ **الأثر على المثانة**: تتهيج المثانة عند كثير من الأشخاص عندما يتعرضون لضغوط نفسية شديدة.

ـ **الأثر على الجلد**: يصاب كثير من الأشخاص، عندما يتعرضون لضغوط نفسية، بالدمامل وأحياناً باندفاعات جلدية مثل الصدف أو ما يشبه ذلك.

ـ **الأثر على الدماغ**: إن الضغط النفسي قد يؤدي إلى مشاكل عاطفية وسلوكية مثل القلق والكَبْت.

ـ **الأثر على الشعر**: إن الضغط النفسي يؤدي أحياناً إلى تساقط الشعر بكميات كبيرة وقد يؤدي إلى الصلع في آخر المطاف.

ـ **الأثر على الفم**: يؤدي الضغط النفسي إلى إصابة باطن الفم بالقلاع والحزاز المنبسط والقرحات الأخرى عند كثير من الأشخاص.

ـ **الأثر على الرئتين**: يؤثر الضغط النفسي على الرئتين بطريقة ما. وتزداد حالة المصابين بالربو سوءاً كلما تعرضوا لضغوط نفسية.

ـ **الأثر على القلب**: يؤثر الضغط النفسي على القلب، فمعدل الهجمات القلبية والذبحات وضربات القلب كلها تزداد نتيجة الضغوط النفسية.

ـ **الأثر على العضلات**: يزداد نفضان العضلات، وتزداد الارتعاشات العضلية (عند المصابين بداء باركنسون مثلاً) تحت تأثير الضغوط النفسية.

المعاناة من ضغوط حياتية شديدة (إجهاد)

إذا أردت أن تعرف مقدار ما تعانيه من ضغوط الحياة (أو الإجهاد) خلال الأشهر الستة الأخيرة من حياتك، فأجب على الأسئلة التالية بنعم أو لا :

(1) هل توفيت زوجتك (أو زوجك) مؤخراً؟	20 نقطة
(2) هل انفصلت عن زوجتك (أو عن زوجك) مؤخراً؟	15 نقطة
(3) هل مات شخص عزيز عليك جداً؟	13 نقطة
(4) هل مرضت مرضاً شديداً في الفترة الأخيرة؟	11 نقطة
(5) هل تزوجت حديثاً أو صالحت زوجتك (أو زوجك) المنفصل عنك؟	10 نقاط
(6) هل ستصبح أباً (أو أماً) في وقت قريب؟	9 نقاط
(7) هل حدث تغيير كبير في صحة أحد أفراد أسرتك نحو الأسوأ أو نحو الأحسن؟	9 نقاط
(8) هل فقدت عملك أو أحلت على التقاعد؟	9 نقاط
(9) هل فشلت في ممارسة الجنس مؤخراً؟	8 نقاط
(10) هل ازداد عدد أفراد أسرتك شخصاً (ولادة طفل مثلاً) أو نقص شخص (بالسفر أو الزواج مثلاً)؟	8 نقاط
(11) هل توفي صديقك الحميم؟	8 نقاط
(12) هل تغير وضعك المالي نحو الأسوأ أو نحو الأفضل بشكل ملحوظ؟	8 نقاط
(13) هل غيَّرت عملك؟	8 نقاط
(14) هل تركك أحد أولادك ليعيش منفرداً؟	6 نقاط
(15) هل الوضع داخل أسرتك متوتراً؟	6 نقاط
(16) هل تعيش مع شخص تكرهه (في المنزل أو في العمل)؟	6 نقاط
(17) هل تعانين (للمرأة فقط) غالباً من التوتر الذي يسبق الحيض؟	6 نقاط
(18) هل نجحت في مشروع هام أو ترفعت في وظيفتك؟	6 نقاط
(19) هل عانيت مؤخراً، أثناء سفرك، مرتين على الأقل من اختلاف الوقت؟	6 نقاط
(20) هل غيرت من وضع أو تصميم منزلك؟	5 نقاط
(21) هل عندك مشاكل في عملك تهدده بشكل كبير؟	5 نقاط
(22) هل خدعك أحد بعملية ما؟	3 نقاط
(23) هل ارتكبت مخالفة قانونية بسيطة وتعرضت لدفع غرامة مثلاً؟	2 نقطة

التقييم: إقرأ الاستجواب السابق وأجب عليه بصراحة، واجمع نقاطك، فكلما زاد الرقم كلما كنت واقعاً تحت تأثير توتر شديد والعكس بالعكس. وبشكل عام إذا كانت نقاطك أقل من ثلاثين نقطة فأنت تتمتع بوضع جيد وسليم، والاحتمال الأرجح أنك ستكون مرتاحاً خلال فترة المستقبل القريب. وإذا زادت نقاطك عن ستين نقطة فأنت واقع تحت توتر شديد وهناك مخاطر تحيط بك، لها علاقة بالتوتر، وعليك مراجعة وتصحيح الأمور من حولك.

ـ 6 ـ

علاقة السلامة والصحة بالبيئة والمهنة

كثير من الناس يتعرضون لإصابات محزنة أو يموتون بسبب حوادث مفجعة (أيا كان نوع الحادث). فحوادث العمل وأمراض المهنة وحوادث الطرقات ومخاطر التسمم، بكل أشكالها، والحوادث الناتجة عن الاستعمال الخاطىء للأسلحة النارية والغرق والاختناق والحرائق والسقوط وغيرها، كلها عوامل تؤدي إلى الوفاة أو الإصابات فهل اتخذت أنت الإجراءات اللازمة لمنع وقوع مثل تلك الحوادث لك أو لأفراد أسرتك؟

السلامة في المنزل: للسلامة داخل المنزل طبّق الملاحظات التالية:

- إحفظ الأدوية دوماً في خزانة مقفلة بعيداً عن متناول الأطفال.
- إحفظ الأسلحة دوماً في خزانة مقفلة ومتينة بحيث لا يستطيع أي فرد أخذ السلاح أو استعماله واحتفظ بالمفتاح معك.
- إحفظ المواد السامة والمواد المستعملة لرش الأشجار وقاتلات الحشرات وما شابهها خارج المنزل وفي مكان آمن ومغلق، ولا تترك المفتاح مع أي شخص.
- قف دائماً على قطعة سجاد أو قماش غير قابلة للانزلاق بعد الاستحمام.
- تأكد من عدم وجود أي شيء يمكن أن تتعثر به أثناء السير داخل المنزل.
- عند استعمال الأدراج والسلالم حاول أن تتمسك بشيء ما إذا كان ذلك ممكناً.

استجواب حول إجراءات السلامة في منزلك ـ جاوب بنعم أو لا على كل سؤال:

(1) هل أنت ممتنع تماماً عن التدخين في السرير؟

(2) هل تضع أغطية واقية بشكل جيد حول النار داخل منزلك؟

(3) هل تضع آنية الطبخ فوق النار بشكل آمن (مثلاً جعل مماسك الإناء باتجاه لا يسمح بالاصطدام بها وقلبها).

(4) هل جعلت أسلاك ومآخذ الكهرباء آمنة وبعيدة عن متناول الأطفال؟

(5) هل تترك الأطفال الصغار دون مراقبة في الحمام أو المطبخ؟

(6) هل تمتنع أنت أو أي من أفراد أسرتك عن استعمال ألبسة نوم أو ألعاب سريعة الاشتعال؟

(7) هل تحفظ الأدوية في مكان آمن بعيداً عن متناول الأطفال؟

(8) هل تحفظ المواد السامة والكيميائية بعيداً عن المنزل وعن متناول الأطفال، وهل تحفظها في أوعية صالحة لذلك؟

(9) هل تحفظ أسلحتك النارية في مكان آمن ومغلق وبعيداً عن متناول اليد؟

(10) هل تضع في اعتبارك منع الأطفال الصغار من اللعب بأشياء صغيرة جداً كتلك التي يمكن ابتلاعها أو استنشاقها؟

(11) هل تحفظ أكياس النايلون بعيداً عن الأطفال؟

(12) عندما تعمل في بستانك أو حديقتك هل تتخذ إجراءات الوقاية الكافية (ألبسة مناسبة، حذاء متين، واقية عين، واقية أذن. . .).

(13) هل سجاد منزلك ثابت وليس فيه ثنيات وغير قابل للانزلاق؟

(14) هل منزلك بكل غرفه وردهاته وممراته منار بشكل جيد؟

(15) هل توجِّه جميع أفراد أُسرتك لعدم وضع أي شيء على الأدراج والسلالم؟

(16) هل تزيل أو تنظف فوراً أي شيء يؤدي إلى الانزلاق إذا ما وقع على أرض منزلك؟

(17) هل تضع قطع قماش أو سجاد (دعاسات) غير قابلة للانزياح في الحمام أو أمام الدوش أو في المناطق المحاذية لهما؟

السلامة على الطرقات: استجواب حول السلامة على الطرقات ـ جاوب بنعم أو لا على كل سؤال:

(1) هل علّمت أطفالك بشكل دقيق كيف ومتى ومن أين يعبرون الشارع؟

(2) هل علّمت أطفالك كيف وأين يلعبون أو يركبون دراجاتهم؟

(3) إن كنت تسير ليلاً في شوارع مظلمة (سيراً على الأقدام أو راكباً دراجة) فهل تحمل ضوءاً أو ترتدي رداءً (جاكيت أبيض مثلاً) يجعل من السهل ملاحظة وجودك؟

(4) هل تقود سيارتك بالسرعة المسموحة وبتعقل؟

(5) هل تمتنع عن قياد السيارة إذا كنت تشعر بالمرض أو التعب أو إذا كنت تتعاطى عقاراً يؤثر على إمكانياتك في القيادة؟ (مضاد للأرجية (للحساسية) أو منوم مثلاً).

(6) هل تجعل جميع تجهيزات سيارتك بجاهزية جيدة دائماً؟ (الكوابح، الأنوار، ماسحات الزجاج، عيار الدواليب. . .)؟

(7) هل تتأكد من سلامة تجهيزات سيارتك مرة واحدة في الأسبوع على الأقل، (المرايا العاكسة، نظافة النوافذ، سلامة العجلات. . .).

(8) هل تترك مسافة أمان كافية بين سيارتك والسيارة التي تسير أمامك؟ (حوالي / 70/ سم لكل كيلومتر سرعة ـ أي/ 70/ متراً لسرعة / 100/ كم بالساعة).

(9) هل تتأكد دوماً من أنك، وكل ركاب سيارتك، تستعملون أحزمة الأمان المتوافرة؟

(10) إذا وجد في سيارتك طفل رضيع أو صغير فهل تربطه بأمان في المقاعد المخصصة للرضع؟

السلامة أثناء الرحلات والنزهات: استجواب حول إجراءات السلامة أثناء الرحلات والنزهات ـ أجب بنعم أو لا على كل سؤال:

(1) هل كل أفراد أسرتك قادرين على السباحة أو في طريقهم لتعلمها؟

(2) هل تتفحص عمق الماء وتنزل به سائراً على قدميك قبل أن تغطس؟

(3) في القارب هل يرتدي كل شخص دائماً رداء الإنقاذ؟

(4) إذا مارست رياضة التزحلق أو المشي أو الركض أو الصيد أو تسلق الجبال أو أية رياضة هامة، فهل تستعد دائماً باللباس المناسب والمعدات الضرورية؟

(5) حين تذهب في نزهة قصيرة أو للصيد مثلاً، لمدة يوم واحد أو أكثر، فهل تخبر شخصاً ما عن الطريق الذي ستسلكه وموعد عودتك المتوقع؟

(6) هل تتخذ أنت وأفراد أسرتك احتياطات السلامة وتستعملون المعدات المناسبة حين تمارسون رياضة صعبة أو خطرة؟

(7) قبل ممارستك لأي نوع من النشاطات الرياضية، هل تتأكد من حصولك على تعليمات وتدريبات كافية للبدء؟

(8) في رحلاتك هل تحصل على استرخاء وراحة كافيين؟

تقييم الاستجوابات السابقة: إن كل جواب بالنفي يدل على نقص احتياطات السلامة التي يجب عليك تطبيقها. لذلك إقرأ الفقرات السابقة بهدوء والتزم بكل ما جاء فيها من ملاحظات. أما بالنسبة للمسنين فراجع (ص 951).

مخاطر المهنة والمحيط البيئي

إن التعرض للمواد الكيميائية، والأبخرة والمواد المسرطنة، والضجيج، والنشاط الإشعاعي، والغبار، والملوثات عموماً وغيرها، لا بد أن يكون مضراً بالصحة، مما دفع كثيراً من المهتمين ورجال الصناعة إلى اتخاذ تدابير مهنية هامة للتقليل من تلك الأضرار، ورغم ذلك تبقى الإصابات والأمراض المهنية شائعة، فعمال المناجم وكسارات الحجار وعمال صناعة الزجاج يمكن تعرضهم لمرض تغبر الرئة (ص 434)، وعمال الزراعة يتعرضون لمرض رئة المزارع (ص435)، والعمال على الآلات الاهتزازية يمكن أن تتطور عندهم متلازمة رينو (ص 503)، والآلات التي تصدر أصواتاً عالية يمكن أن تؤدي إلى فقدان السمع، والعمال الذين يتعرضون لمواد مسرطنة، كالقطران ومشتقات البترول والإشعاعات، مؤهلون بشكل كبير للإصابة بالسرطانات، كما أن عمال البناء وسائقي السيارات وصيادي البحار وغيرهم كلهم معرضون للحوادث التي تؤدي إلى الموت أو الإعاقة. ومهما عددنا من المهن ومخاطرها فلن نتمكن من تعداد كل الاحتمالات الخطرة.

وفي الواقع، وبشكل افتراضي، فإن لكل عمل مخاطره الصحية، حتى إذا كنت تعيش حياة مريحة وتمضي معظم وقتك جالساً ولا تعمل شيئاً فأنت معرض للإصابة بالسمنة وبأمراض القلب مثلاً، ولكن وبشكل رئيس (مثلاً) إذا كانت مهنتك تعرِّض المجاري التنفسية عندك للتخريش، بسبب العناصر الكيميائية أو الغبار أو الغازات، أو إن كنت تعرِّض جلدك للمواد الكيميائية المخرشة أو للشمس وأنت أبيض اللون، أو تعرِّض أذنيك لضجيج دائم أو تعمل على آلات خطرة... فاعلم أنه، وفي هذه الأيام، هناك وسائل حماية هامة يمكن تطبيقها للحد كثيراً من أضرار ومخاطر المهنة. فبإمكانك، على سبيل المثال، استعمال رداءً واقياً وكمامة واقية وواقيات عيون وأغطية آذان وقفازات وخوذة لحماية الرأس وحذاء متيناً وغير ذلك، وباختصار استفد من كل احتياطات السلامة الممكنة.

مخاطر البيئة

إن الهواء الملوث عامل فعال جداً في العديد من الأمراض خاصة منها التهابات القصبات الهوائية ومشاكل الرئة. ومن أهم ملوثات الهواء غاز أول أوكسيد الكربون والرصاص المنبعث من عوادم السيارات وما يصدر عن المصانع من دخان صناعي وغيرها من ملوثات الجو والبيئة.

وكذلك فإن المياه الملوثة مضرة جداً بالصحة، ومن أهم هذه الملوثات ما يستعمله الإنسان من مواد سامة ومؤذية في الزراعة والصناعة والتي يعود معظمها ليتجمع في المياه، وما تحمله مياه الأمطار من سموم ومواد ضارة من الهواء الملوث والتي تعود لتتجمع أيضاً في المياه، كما أن هناك ملوثات هامة وهي ما تحمله مياه الصرف الصحي من بكتيريا وسموم تصب في مياه البحار والأنهار والبحيرات أو تتجمع في المياه الجوفية داخل الأرض.

لذلك فإن شرب مياه نظيفة واستنشاق هواء نقي هما عاملان مهمان لبناء جسم سليم. وعلى أولئك الذين يشكون من مشكلات صحية ذات علاقة بنظافة المياه والهواء أن يغيروا أماكن سكنهم بأماكن أفضل.

استجواب يفيدك في تقدير وضعك الصحي

بعد دراستك لهذا الباب من الكتاب، إن أردت تقييم حالتك الصحية فما عليك إلا دراسة الاستجواب التالي والإجابة بنعم أو لا على كل سؤال:

(1) هل وزنك متناسب مع طولك وعمرك وبنيتك؟ (راجع جدول الوزن ص 30).

(2) هل تستطيع أن تصعد حتى الطابق (الدور) الثالث (حوالي 50 ـ 60 درجة) دون أن تضطر للوقوف من أجل التقاط النفس؟.

(3) إذا سرت مع أقرانك، فهل تستطيع مسايرتهم في السير والحديث دون أن تشعر بأنك قد أصبحت تلهث؟

(4) هل تصعد على الأدراج (السلالم) كل يوم (40) درجة على الأقل؟

(5) هل تمارس الرياضة بحيث تتعرق وتلهث وتتعب ثلاثة مرات بالأسبوع على الأقل؟
(6) هل تسير على قدميك لمدة نصف ساعة على الأقل كل يوم؟
(7) هل تنام نوماً هانئاً وتستيقظ في الصباح مرتاحاً؟
(8) بعد انتهاء عملك في المساء هل تشعر أنك تملك نشاطاً كافياً للخروج والسهر خارج المنزل؟
(9) هل أنت غير شارب للمشروبات الروحية والخمور؟
(10) هل أنت غير مدخن منذ خمسة عشرة سنة مضت؟
(11) هل أنت سعيد ومتفائل وإيجابي في حياتك؟
(12) هل تقود سيارتك بهدوء وانضباط ودائماً تستخدم حزام الأمان؟
(13) هل تجري فحصاً صحياً روتينياً على فترات محددة؟

التقييم: الآن إجمع إجاباتك، فكلما زاد عدد الإجابات بـ «نعم» فإنك تكون بوضع صحي أفضل، وكلما زاد عدد الإجابات بـ «لا» تكون محتاجاً إلى إجراء تعديل فعلي في أسلوب حياتك.

ونأمل أن يكون هذا الاستجواب حافزاً لك للبدء بتحسين وضعك الصحي.

أعراض منذرة من احتمال وجود مرض خطير

هناك أعراض تبدأ مبكرة تنذر بقدوم مرض خطير، لذلك لا تهمل استشارة الطبيب إن طرأ عليك أي عَرَضٌ غير مفسر أو مجهول السبب. **وفيما يلي نوجز أهم هذه الأعراض:**

1 - ظهور كتلة مجهولة السبب في أي مكان من الجسم.
2 - وجود تقرح أو جرح على الجسم أو داخل الفم استعصى على الشفاء لمدة ثلاثة أسابيع.
3 - وجود (أو ظهور) لطخة أو شامة على الجلد، نازفة، أو حاكة، أو تغير لونها أو حجمها.
4 - نوبات اغماء متكررة.
5 - صداع متكرر مجهول السبب.
6 - فقدان أكثر من (3 - 5) كغ من الوزن خلال شهرين، بدون سبب معروف.
7 - مشاكل طارئة في الرؤية.
8 - وجود بحة دائمة.
9 - صعوبة في البلع.
10 - سُعال متواصل يزداد سوءاً، وخاصة إذا احتوى القشع االمنفث بعد السعال على الدم.
11 - تقيؤ دم طازج أو متخثر يشبه ثفل االقهوة.
12 - نزف دم من المستقيم، أو تبرز دم طازج ، أو أن البراز يكون بلون أسود غامق.
13 - وجود زرقة على الشفتين أو حول قاعدة الأظافر أو داخل الجفنين.
14 - ضيق تنفس شديد.
15 - تبدل عادات التغوط المألوفة.
16 - المعاناة من ألم دائم في البطن أو من سوء هضم دائم.
17 - وجود دم في البول أو أن يكون البول داكناً أو دخانياً بشكل واضح.

18 ـ انزعاج أو صعوبة عند التبول. (خاص بالرجال)

19 ـ خروج نجيع من القضيب بلون أصفر. (خاص بالرجال)

20 ـ وجود نزف أو نجيع غير طبيعي من الثديين. (خاص بالنساء)

21 ـ وجود نزف مهبلي، أو مشاهدة لطخ من الدم بين الدورات الشهرية أو بعد انقطاع الحيض.

فكرة عن السرطان

ليس السرطان مرضاً منفرداً يمكن شرحه ببساطة، فهو مجموعة كثيرة التنوع من الأورام السرطانية التي تنمو في جسم الإنسان، وتختلف كثيراً حسب العضو أو النسيج الذي نمت فيه، حيث تقوم بعض خلايا الجسم الشاذة والمسببة للسرطانات بالتكاثر والانتشار في المحيط المجاور، وقد تنتقل إلى أعضاء أخرى لتشكل فيها نقيلات ورمية تنمو فيها سرطانات ثانوية أخرى، وكل ذلك يتم بشكل عشوائي، ودون ضوابط، ما عدا سرطان الدم المعروف باللوكيميا (Leukemia) الذي تتطور فيه الخلايا المتسرطنة بطريقة مختلفة.

طبعاً هناك أورام غير سرطانية تنمو بشكل سليم ولا تنتقل ولا تنتشر ولا تؤدي إلى الموت.

الأسباب: بعد دراسات طويلة ومضنية يعتقد العلماء أن للسرطانات عوامل تساعد على حدوثها أو تسببها وقد استطاعوا أن يحددوا بعضها. فللتدخين علاقة بسرطانات الرئة والمجاري التنفسية والمثانة، وتلوث البيئة والطعام والشراب بمولدات التسرطن يساعد على نمو سرطانات مختلفة، كما أن التعرض المديد لأشعة الشمس يساعد على نمو سرطانات الجلد عند ذوي البشرة البيضاء، ونوعية الطعام السائدة في بلد ما قد يكون له علاقة بانتشار نوع معين من السرطانات في هذا البلد، والتعرض للنشاط الإشعاعي وللمواد الكيميائية المسرطنة ومنتجات البترول كلها لها علاقة بنمو السرطانات، وأخيراً نقول أنه ربما ينمو السرطان لأسباب مجهولة تماماً.

فرص الشفاء: إن التشخيص المبكر والعلاج السريع يمكن أن يؤدي إلى شفاء السرطان، ولكن فرص الشفاء تصبح ضعيفة عندما تنتقل الخلايا السرطانية من الورم الأساسي إلى أماكن أخرى من الجسم وتشكل أوراماً ثانوية.

وفي السنوات الأخيرة تطورت وسائل التشخيص تطوراً كبيراً بحيث أصبح ممكناً الكشف عن السرطان في أجهزة الجسم الداخلية، في مراحله الأولى، وكذلك حصل تقدم كبير في علاج السرطانات أيضاً، فاليوم تستعمل الأشعة العادية وأشعة اللايزر والمواد الكيميائية السامة للخلايا والهرمونات، على نطاق واسع في علاج السرطانات. وتعتبر الجراحة (بتر المناطق المتسرطنة كلها) عاملاً هاماً في الشفاء، وتطبق اليوم الجراحة (استئصال الأورام) مع العلاجات الأخرى على نطاق واسع.

ورغم ذلك يبقى السرطان مرضاً قاتلاً، ويحتل المركز الثاني من أسباب الموت في الولايات المتحدة الأميركية بعد أمراض القلب. ولكن يجب أن نتذكر أيضاً أن تطور وسائل التشخيص المبكر وتطور وسائل العلاج قد حسنت من فرص الشفاء لكثير من أشكال السرطانات.

واليوم هناك في العالم عشرات الآلاف من المراكز المهتمة بدراسة مرض السرطان لإيجاد علاج له، ومن المؤمل أن يكتشف هذا العلاج خلال عشر سنوات من الآن على أبعد تقدير.

الباب الثاني

مخططات التشخيص الذاتي

كيف تستعمل المخططات؟

نُظمت هذه المخططات استناداً إلى أعراض الأمراض، وصُممت بطريقة تساعد على تشخيص ومعرفة معظم الأمراض التي تصيب البشر، وتم ذلك بتتبع أعراض المرض واحداً بعد الآخر لحين الوصول إلى التشخيص الصحيح.

وجُعلتْ أهم أعراض المرض عنواناً للمخطط، ووضع لكل مخطط ما يلي:

أ ـ رقم: لا علاقة له بأي مرض ولكن يمكن الاستعانة به عند الحاجة. والغاية منه الترتيب فقط.

ب ـ **عنوان**: وهو عبارة عن العَرَض الوصفي الأهم في الحالة المرضية التي يبحثها المخطط.

جـ ـ **تعريف**: لتجنب أي التباس على القارئ، وجُعِلَ بكلمات موجزة ومفردات بسيطة يسهل فهمها.

د ـ **الفئة التي يشملها المخطط**: وهي تدل على زمرة البشر الذين يتناول المخطط حالتهم.

هـ ـ **أسئلة**: وهي سلسلة من الأسئلة الواضحة، يكون الجواب عليها بنعم أو لا.

وعند استعمال المخططات للتعرف على حالة مرضية معينة اتبع الخطوات التالية:

1 ـ إبدأ بتحديد العرض الأكثر أهمية الذي تشكو منه واعتبره دليلك، وإذا وجد أكثر من عَرَض فاعتمد العرض الأكثر أهمية بالنسبة لك. مثلاً: (إذا كنت تشكو من سُعال وارتفاع حرارة وسيلان أنف) اختر العَرَض الأكثر إزعاجاً لك.

2 ـ فتش عن مكان وجود هذا العَرَض في الفهرس الأبجِدْي للمخططات (اللاحق) وهذا الفهرس يرشدك إلى رقم المخطط ومكان وجوده.

3 ـ أوجِدْ المخطط وتأكد من أنه هو المخطط الصحيح، ومن تعريف الحالة الواردة، ومن الفئة التي يشملها المخطط ومن تطابق البحث مع حالتك.

4 ـ ابدأ بقراءة الأسئلة من البداية وتابع مع خط الإجابة الموافق لحالتك، حتى تصل إلى تشخيص دقيق لمرضك من خلال احتمال واحد ممكن، أو ربما يوجد أكثر من احتمال. فيُطلب منك مراجعة حالتك المرضية المحتملة في بحث آخر منفصل وفي مكان آخر من الكتاب، حيث ستجد شرحاً كاملاً لكل ما يتعلق بمرضك المتوقع. وربما يطلب منك مراجعة الطبيب بسرعة، أو

بشكل روتيني. وإذا طُلب منك الانتقال إلى مخطط آخر، فعليك متابعة حالتك في المخطط الجديد.

وفي جميع الأحوال نؤكد بأن أبحاث هذا الكتاب تقدم تشخيصاً مؤقتاً فقط وتساعد على تفهم المريض مرضه ليس إلا، ولا بد من مراجعة الطبيب المختص حتى في الحالات البسيطة، وخاصة إذا لم يحصل على إجابة مقنعة.

مثال:

لنفرض أنك تعاني من صعوبة في التنفس مع سعال وارتفاع في الحرارة، هنا عليك أن تختار واحداً من الأعراض، والصحيح أن تختار العَرَض الأكثر إزعاجاً لك، فإذا كان هذا العَرَض هو الصعوبة في التنفس فانتقل إلى الفهرس الأبجدي للمخططات وفتش عن حرف الصاد وتحته ستجد عنوان «الصعوبة في التنفس» وإلى جانبه رقم المخطط الذي يبحث الأمر. (وإذا اخترت عَرَض السُعال فانتقل إلى الفهرس الأبجدي للمخططات، وفتش عن حرف السين، وتحته ستجد عنوان السُعال وإلى جانبه رقم المخطط الذي يبحث الأمر، وهكذا).

وإذا صادف أنك لم تجد عَرَضَك الذي تشكو منه عنواناً في الفهرس الأبجدي فاستعمل العَرَض الثاني، الذي تشكو منه، دليلاً لك.

بعد ذلك انتقل إلى المخطط المنشود واتبع التعليمات الواردة سابقاً.

فهرس أبجدي لمخططات التشخيص الذاتي

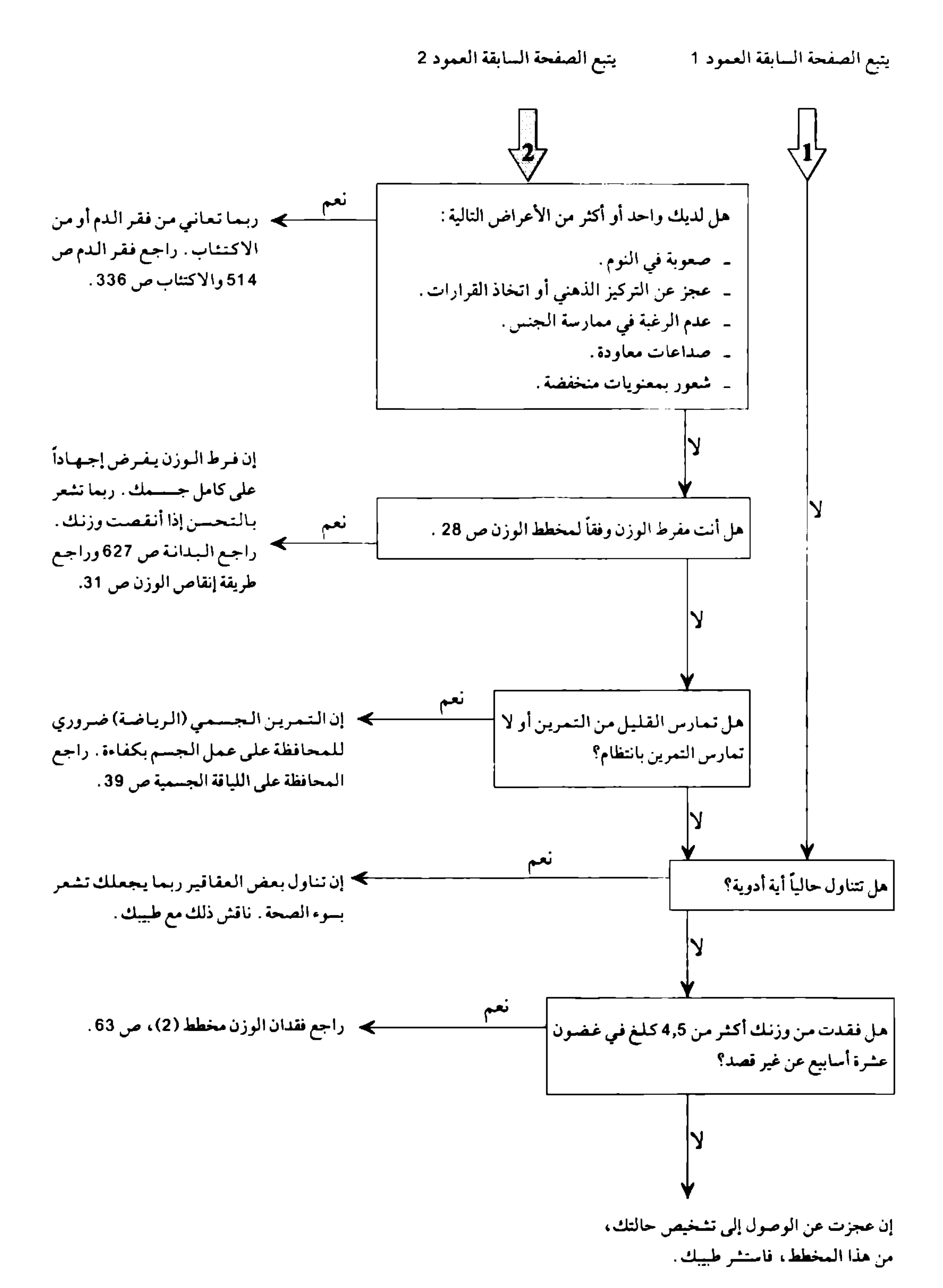
المخطط	الموضوع
40	الأزيز.
85	الاستيقاظ ليلاً.
52	الإسهال.
88	الإسهال لدى الرضع.
31	اضطراب أو ضعف الإبصار.
18	الأفكار والمشاعر المضطربة.
46	الإقياء.
47	الإقياء الدوري.
87	الإقياء لدى الرضع.
20	الاكتئاب.
36	التهاب الحلق.
32	ألم الأذن.
42	ألم الأسنان.
78	ألم أسفل البطن لدى النساء.
48	ألم البطن.
49	ألم البطن المعاود أو الدوري.
93	الألم البطني عند الأطفال.
64	ألم الذراع أو اليد.
65	ألم الرجل.
66	ألم الركبة.
56	ألم الصدر.
71	ألم أو ضخامة الخصيتين.
61	ألم الظهر.
30	ألم العين.
68	ألم الكاحلين.
67	ألم الكتف.
73	الألم أو الكتل في الثدي.
44	ألم الفم و/أو اللسان..
14	الألم في الوجه.
63	ألم أو يبوسة الرقبة.
53	الإمساك.
75	انقطاع الدورات الشهرية.
22	الأهلاس.
37	البحة أو فقدان الصوت.

المخطط	الموضوع
45	البخر (رائحة الفم الكريهة).
27	البقع والطفوح الحاكّة.
29	البقع والكتل البارزة.
86	البكاء لدى الرضع.
90	تأخر النمو لدى الأطفال.
59	التبول المؤلم.
51	التجشؤ وطرد الغازات.
15	التخليط.
99	التخليط لدى المسنين.
6	التعرق الزائد.
12	التنمل و/أو النخز.
69	تورُّم الكاحلين.
50	تورُّم أو كبر البطن.
7	التورمات تحت الجلد.
96	التورمات لدى الأطفال.
81	التهيج المهبلي.
1	التوعك.
72	الجماع المؤلم لدى الرجال.
83	الجماع المؤلم لدى النساء.
8	الحك دون وجود طفح.
94	الحك لدى الأطفال.
5	الحمى.
92	الحمى لدى الأطفال.
91	الحمى لدى الرضع.
55	خفقان القلب.
10	الدُوام.
76	الدورات الشهرية الغزيرة.
77	الدورات الشهرية المؤلمة.
3	زيادة الوزن.
38	السعال.
95	السعال لدى الأطفال.
39	السعال المدمن.
60	سلس البول.
98	سلس البول لدى المسنين.

المخطط	الموضوع
19	السلوك الغريب.
35	سيلان الأنف.
11	الصداع.
43	صعوبة البلع.
17	صعوبة التكلم.
41	صعوبة التنفس.
4	صعوبة النوم.
24	الصلع (فقدان الشعر).
33	الضجيج في الأذنين.
16	ضعف الذاكرة.
28	الطفح المرافق للحمى.
84	عدم الحمل.
97	العرج لدى الأطفال.
9	الغَشْية والغشي.
2	فقدان الوزن.
21	القلق.
57	كثرة التبول الشاذة.
23	الكوابيس.
74	مشكلات الثدي لدى الأمهات الحديثات.
89	مشكلات الجلد لدى الرضع.
25	مشكلات جلدية عامة.
26	مشكلات جلدة الوجه.
70	مشكلات القدم.
58	مظهر البول الشاذ.
54	مظهر الغائط الشاذ.
62	المَغَص.
80	النجيج المهبلي الشاذ.
79	النزف المهبلي اللامنتظم.
13	النفضان والارتعاش.
34	نقص السمع.
82	نمو الشعر الشاذ عند النساء.

التَوَعُّك (Sickness)





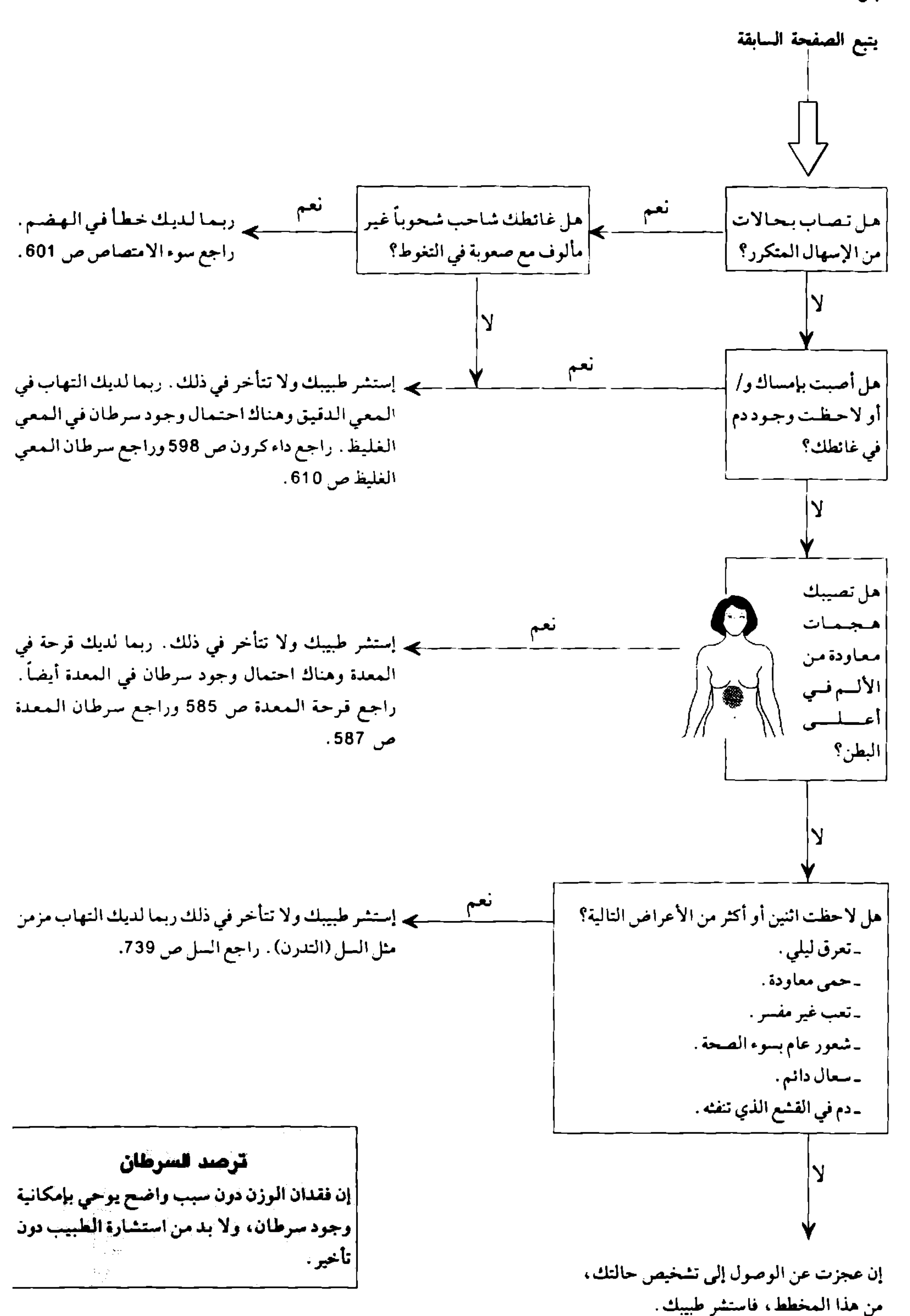
يتبع الصفحة السابقة العمود 1
يتبع الصفحة السابقة العمود 2
1
2
هل لديك واحد أو أكثر من الأعراض التالية :
- صعوبة في النوم .
- عجز عن التركيز الذهني أو اتخاذ القرارات .
- عدم الرغبة في ممارسة الجنس .
- صداعات معاودة .
- شعور بمعنويات منخفضة .
نعم
ربما تعاني من فقر الدم أو من الاكتئاب . راجع فقر الدم ص 514 والاكتئاب ص 336 .
لا
هل أنت مفرط الوزن وفقاً لمخطط الوزن ص 28 .
نعم
إن فرط الوزن يفرض إجهاداً على كامل جسمك . ربما تشعر بالتحسن إذا أنقصت وزنك . راجع البدانة ص 627 وراجع طريقة إنقاص الوزن ص 31.
لا
هل تمارس القليل من التمرين أو لا تمارس التمرين بانتظام؟
نعم
إن التمرين الجسمي (الرياضة) ضروري للمحافظة على عمل الجسم بكفاءة . راجع المحافظة على اللياقة الجسمية ص 39.
لا
لا
هل تتناول حالياً أية أدوية؟
نعم
إن تناول بعض العقاقير ربما يجعلك تشعر بسوء الصحة . ناقش ذلك مع طبيبك .
لا
هل فقدت من وزنك أكثر من 4,5 كلغ في غضون عشرة أسابيع عن غير قصد؟
نعم
راجع فقدان الوزن مخطط (2)، ص 63.
لا
إن عجزت عن الوصول إلى تشخيص حالتك، من هذا المخطط، فاستشر طبيبك .

فقْدان الوَزْن (Loss of weight)



تنقل إلى الصفحة التالية

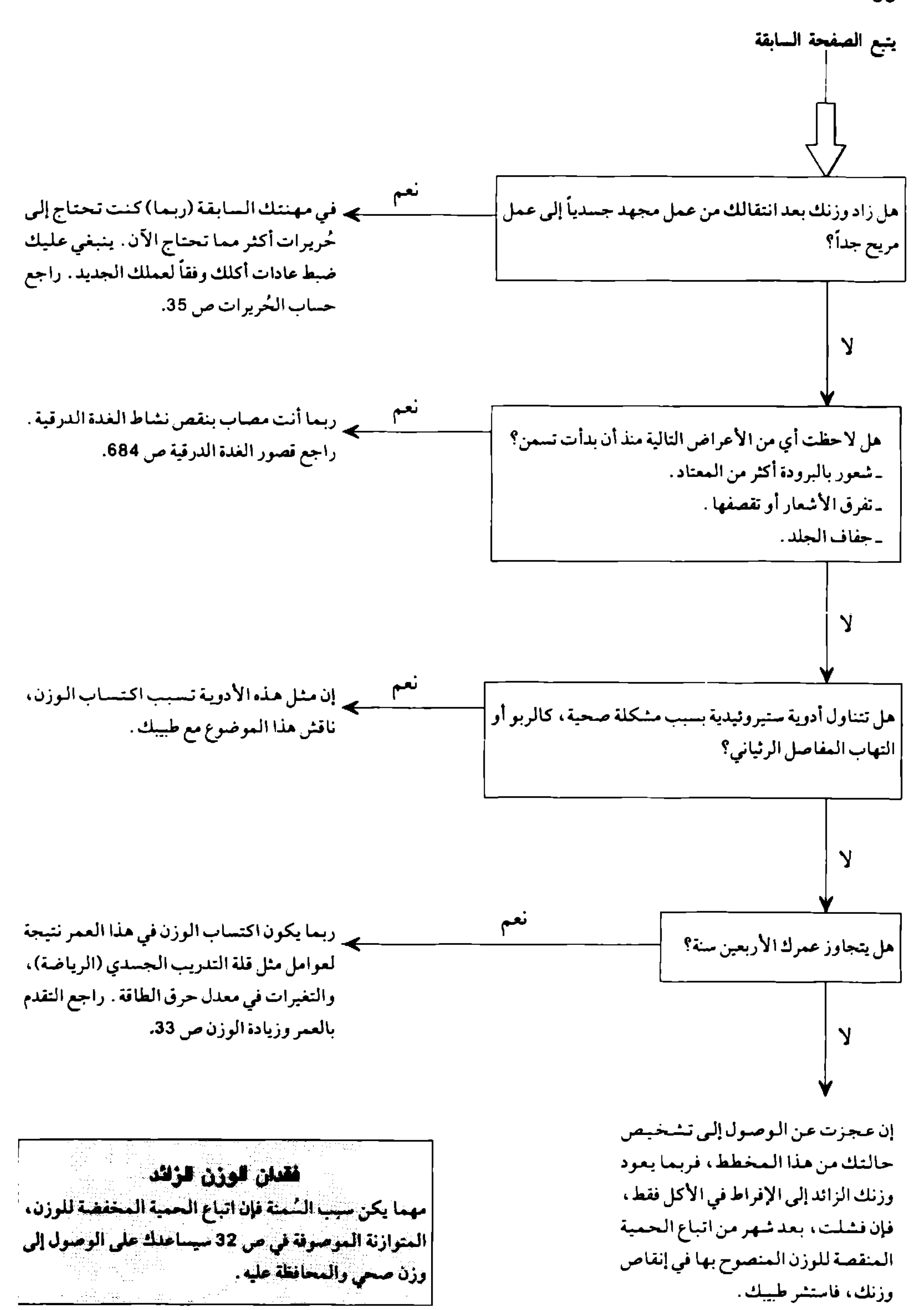
يتبع الصفحة السابقة



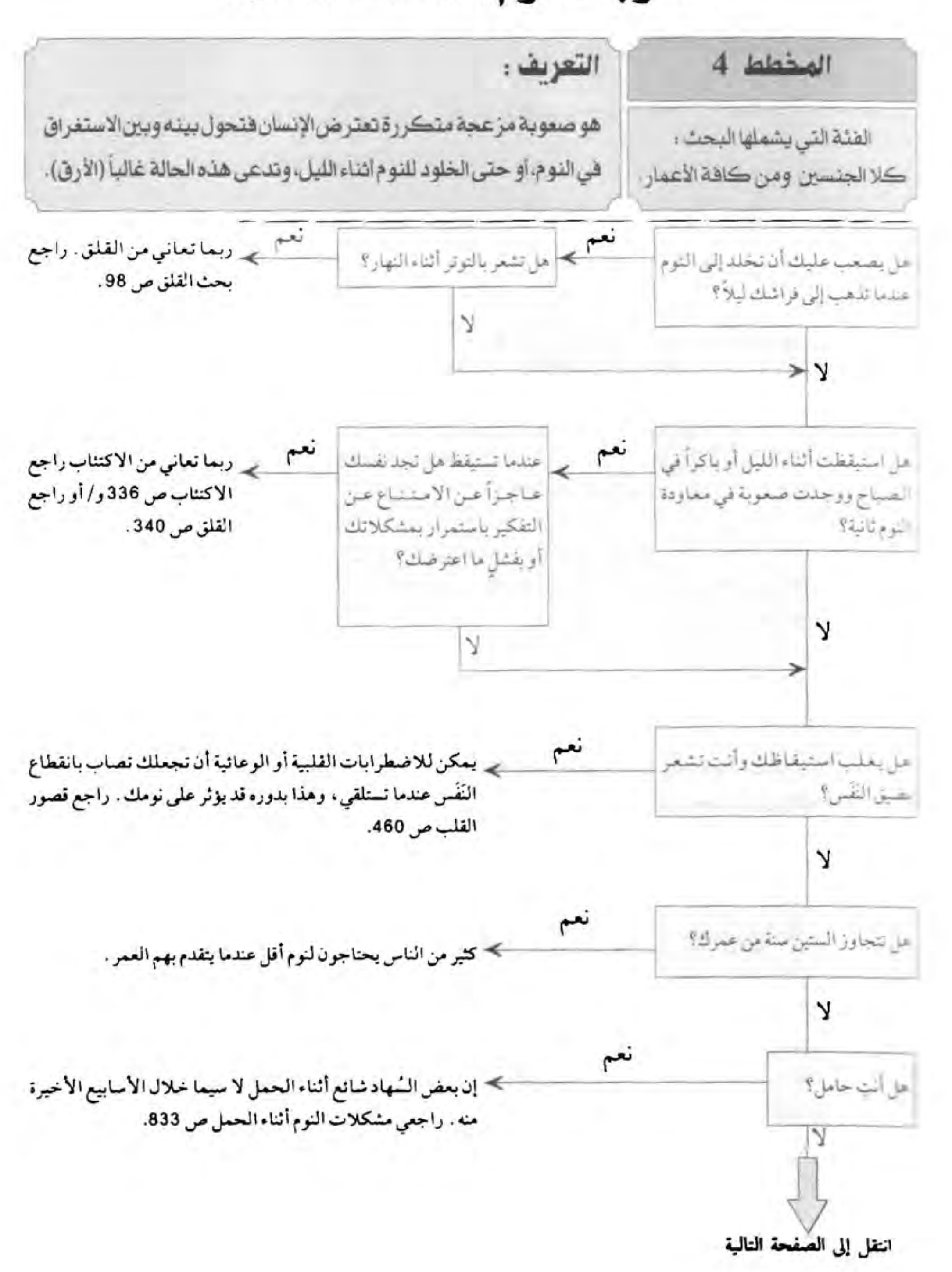
زِيادة الوزن (Overweight)



يتبع الصفحة السابقة



صعوبة النوم (Dyssomnia - Insomia)



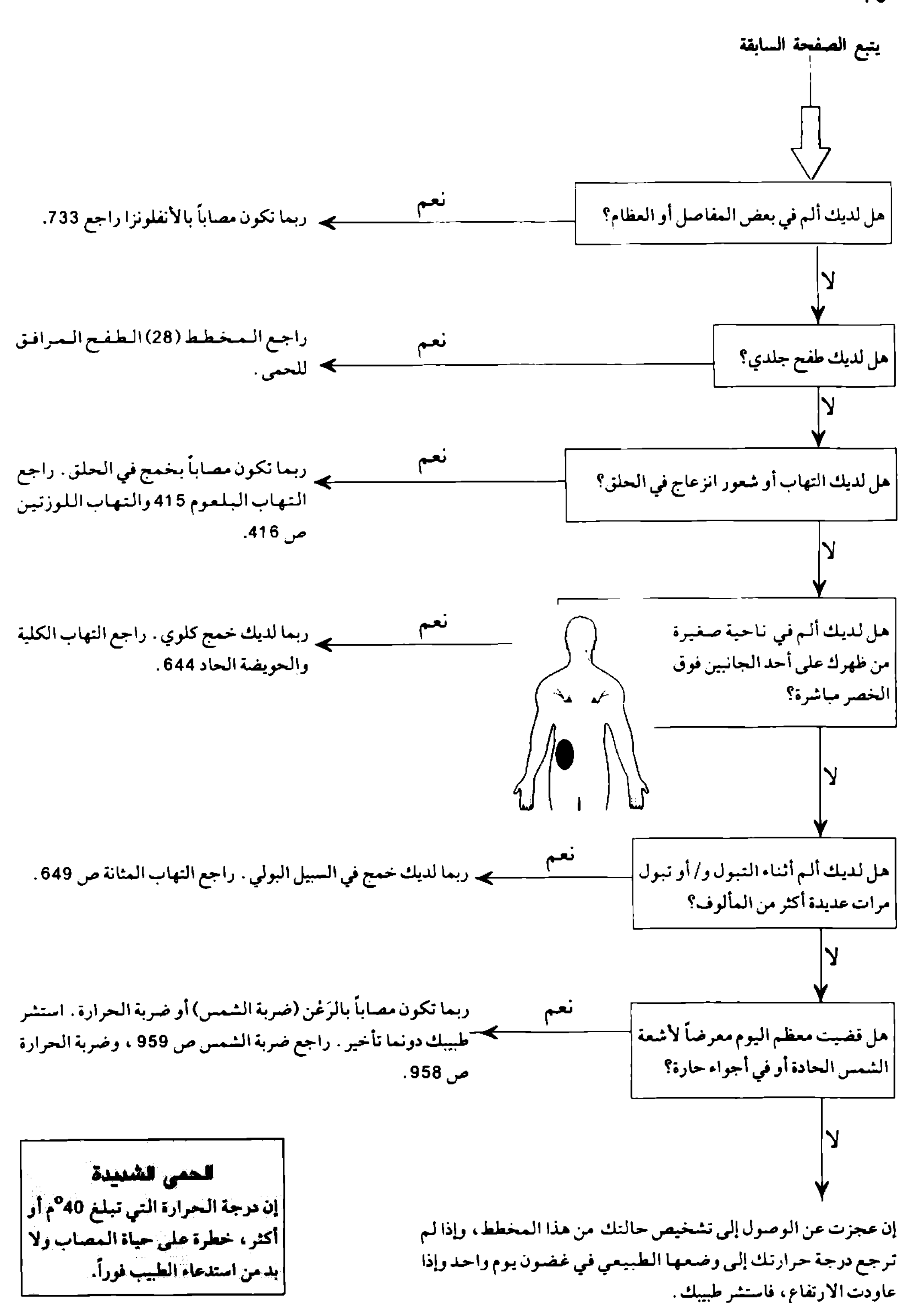

يتبع الصفحة السابقة
في تلك الليالي التي واجهت فيها صعوبة في النوم، هل سبق أن تناولت مزيداً من الشاي أو القهوة أو المنبهات عموماً أكثر من المعتاد؟
نعم
إن مادة الكافئين الموجودة في تلك المشروبات، مادة منبهة للأعصاب، ولا بد أنها المتسببة في صعوبة النوم لديك، حاول أن تتجنب هذه المشروبات أو تخفف منها اعتباراً من عصر يومك وحتى تلجأ إلى النوم ليلاً، فإذا استمر لديك اضطراب النوم، جرّب أن تشرب منتجات خالية من الكافئين أو تنقطع عن شرب الشاي والقهوة والمنبهات كلها بشكل كامل. راجع الكافئين ص 38.
لا
في تلك الليالي التي واجهت فيها صعوبة في النوم، هل سبق أن تناولت وجبة طعام ثقيلة ومتأخرة، أو أفرطت في شرب الكحول حتى وقت متأخر؟
نعم
إن مثل هذه الأفعال تشكل أسباباً شائعة لصعوبة النوم، حاول أن تتناول، ودون إفراط، وجبات العشاء مبكراً وتنقص ما تتناول من كحول.
لا
هل توقفت حديثاً عن تناول الأقراص المنومة أو أقراص المهدئات؟
نعم
قد يستغرق الأمر عدة أسابيع حتى يعود نمط نومك الطبيعي إلى سابق عهده بعد الانقطاع عن استعمال مثل هذه العقاقير.
لا
هل تمارس عملك وأنت جالس؟ ولا تجري تمارين رياضية، ولا تمارس أي نوع من أنواع الرياضة غالباً؟
نعم
ربما لا يتعرض جسمك للتعب الكافي بما يسمح بالنوم بسهولة. حاول أن تجري بعض التمارين الرياضية في الهواء الطلق إن أمكن قبل موعد النوم. راجع فائدة التمارين ص 40.
لا
إن عجزت عن الوصول إلى تشخيص حالتك من هذا المخطط ولم تفدك مقترحات الاعتماد على الذات فاستشر طبيبك.
الاعتماد على الذات
إن كان لديك صعوبة في النوم لأي سبب، حاول القيام بتدابير الاعتماد على الذات التالية:
- خفّض استهلاكك من الشاي والقهوة والكحول وكل المنبهات.
- تجنب الوجبات المسائية الكبيرة والدسمة.
- تمشَّ قليلاً في الهواء الطلق قبل موعد النوم.
- تناول مشروباً ساخناً قبل أن تأوي إلى الفراش.
- راجع كيف تنام ليلة هانئة ص48.

الحُمَّى (Fever)



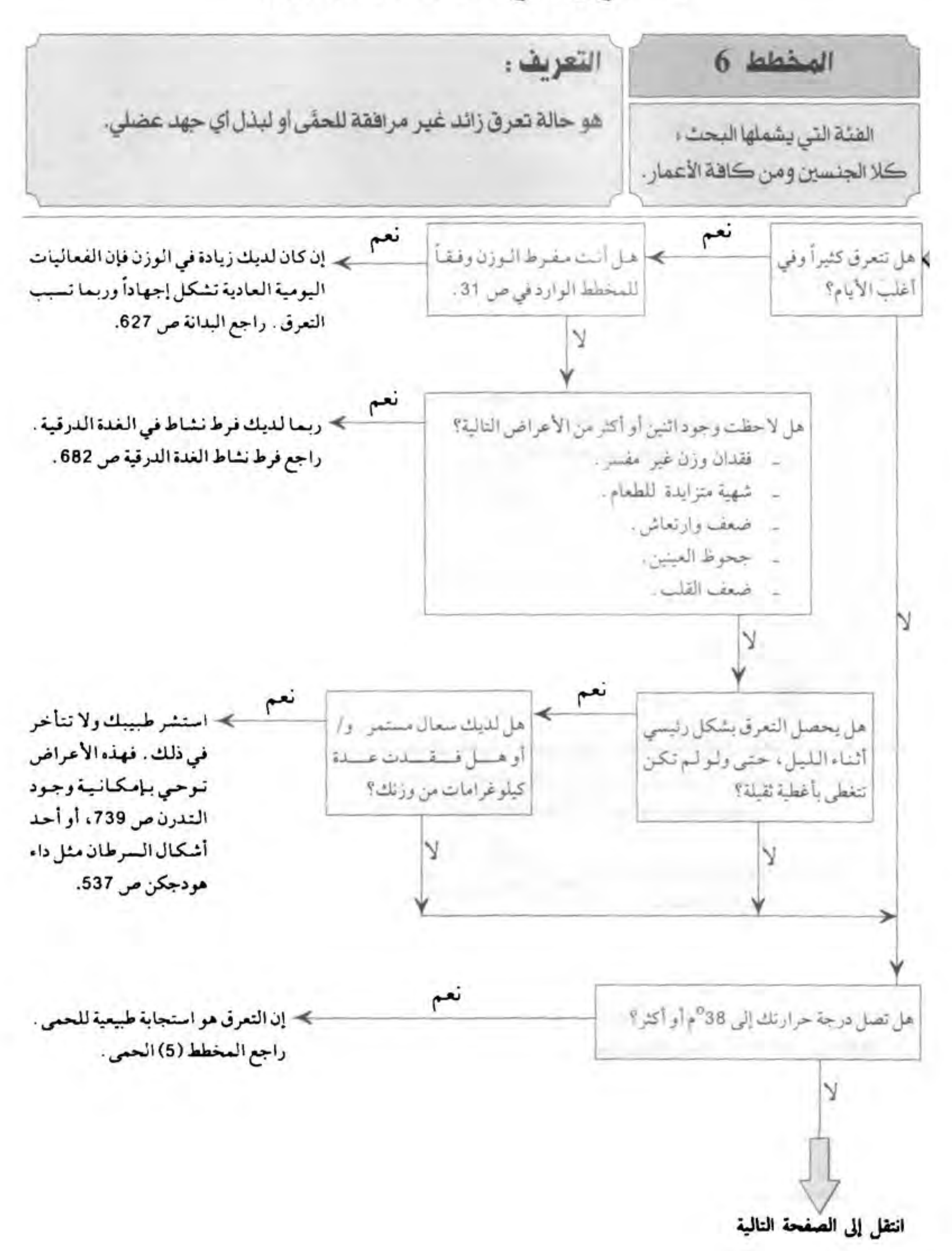
انتقل إلى الصفحة التالية

(1) من أجل الرُّضَّع راجع المخطط 91، ومن أجل الأطفال راجع المخطط 92 .

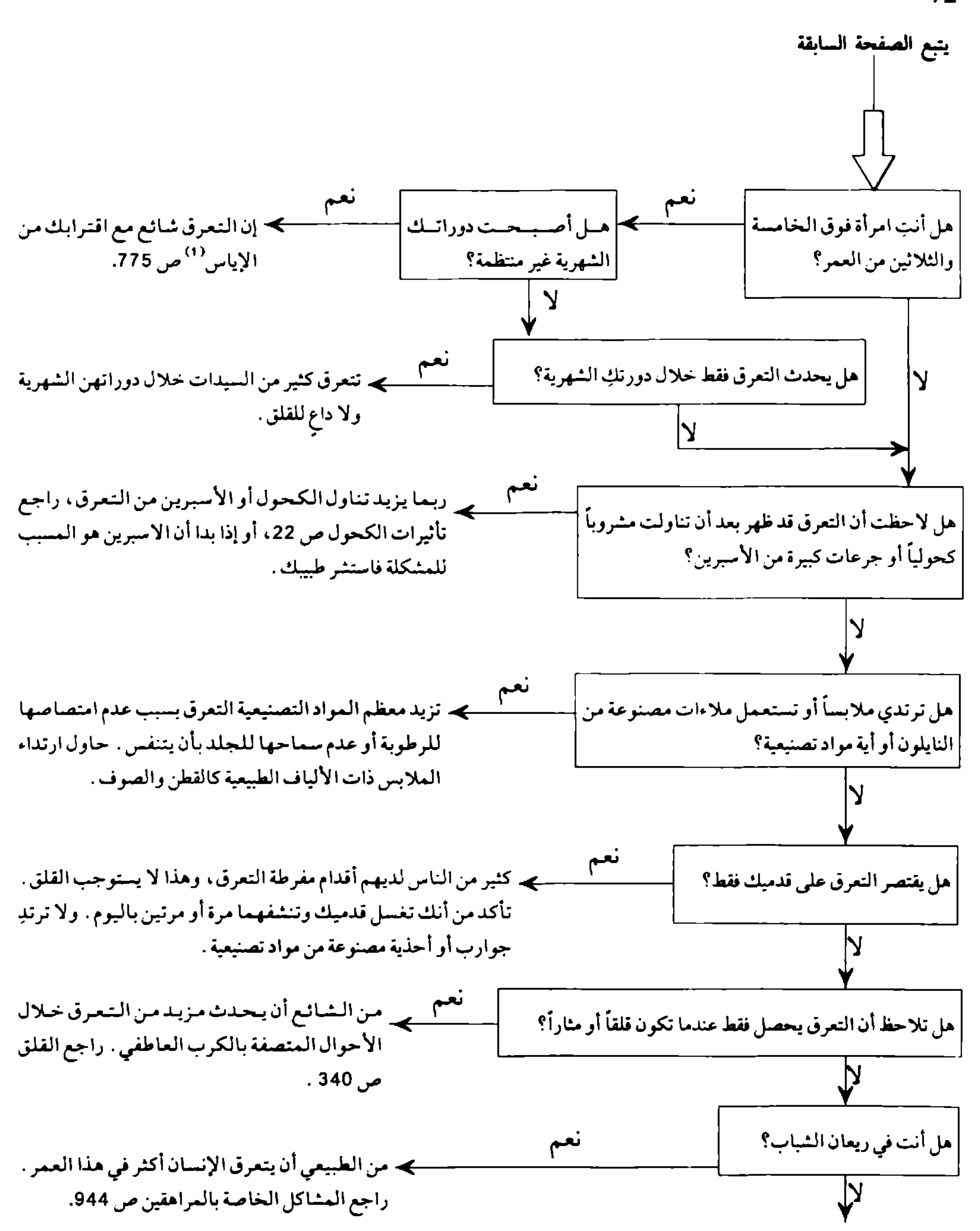


يتبع الصفحة السابقة
هل لديك ألم في بعض المفاصل أو العظام؟
نعم
ربما تكون مصاباً بالأنفلونزا راجع 733.
لا
هل لديك طفح جلدي؟
نعم
راجع المخطط (28) الطفح المرافق للحمى.
لا
هل لديك التهاب أو شعور انزعاج في الحلق؟
نعم
ربما تكون مصاباً بخمج في الحلق. راجع التهاب البلعوم 415 والتهاب اللوزتين ص 416.
لا
هل لديك ألم في ناحية صغيرة من ظهرك على أحد الجانبين فوق الخصر مباشرة؟
نعم
ربما لديك خمج كلوي. راجع التهاب الكلية والحويضة الحاد 644.
لا
هل لديك ألم أثناء التبول و/ أو تبول مرات عديدة أكثر من المألوف؟
نعم
ربما لديك خمج في السبيل البولي. راجع التهاب المثانة ص 649.
لا
هل قضيت معظم اليوم معرضاً لأشعة الشمس الحادة أو في أجواء حارة؟
نعم
ربما تكون مصاباً بالرَعَن (ضربة الشمس) أو ضربة الحرارة. استشر طبيبك دونما تأخير. راجع ضربة الشمس ص 959، وضربة الحرارة ص 958.
لا
إن عجزت عن الوصول إلى تشخيص حالتك من هذا المخطط، وإذا لم ترجع درجة حرارتك إلى وضعها الطبيعي في غضون يوم واحد وإذا عاودت الارتفاع، فاستشر طبيبك.
الحمى الشديدة
إن درجة الحرارة التي تبلغ 40°م أو أكثر، خطرة على حياة المصاب ولا بد من استدعاء الطبيب فوراً.

التَعَرُّق الزائد (Hyperhidrosis)



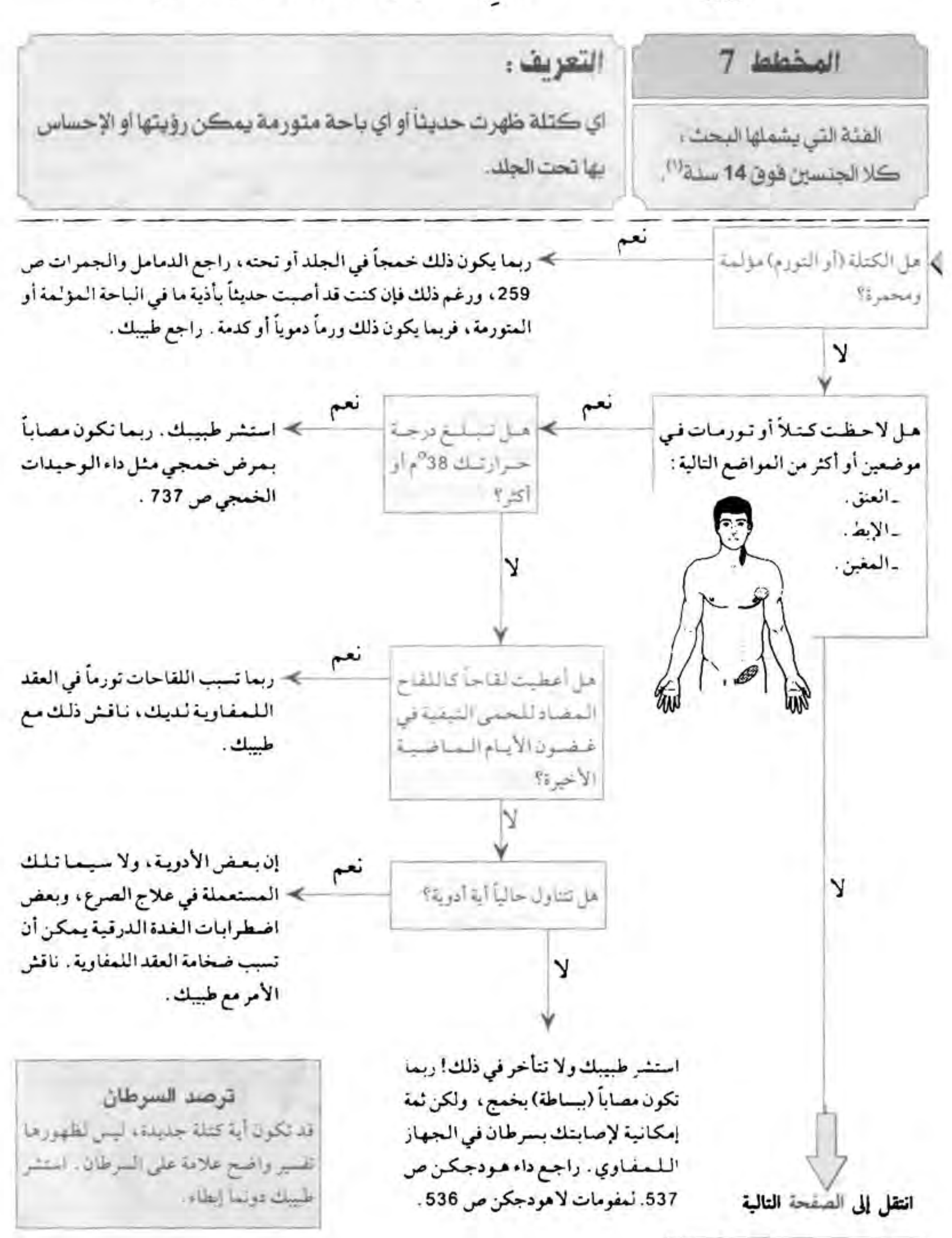
يتبع الصفحة السابقة



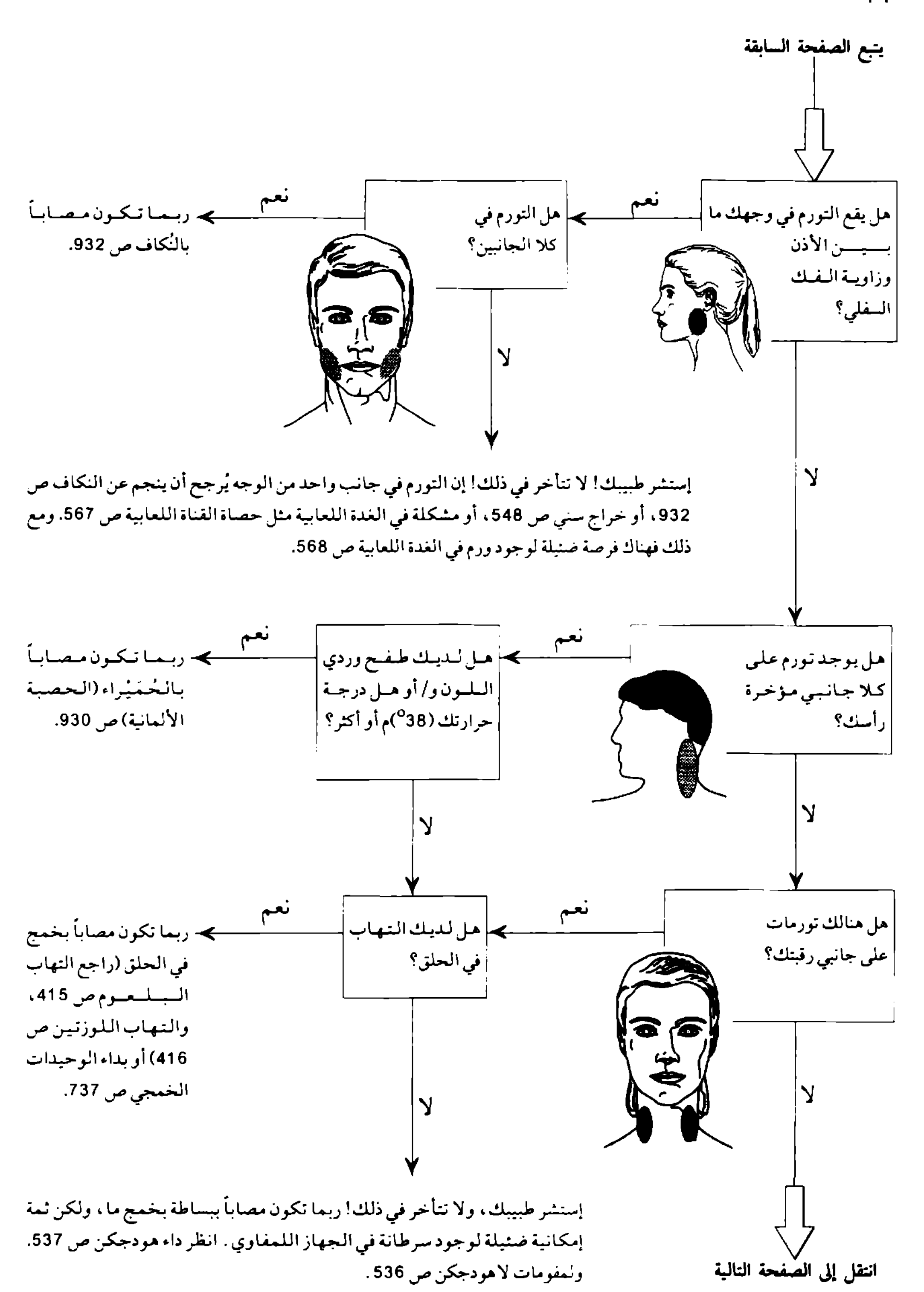
إن عجزت عن الوصول إلى تشخيص حالتك من هذا المخطط، فمن غير المرجح وجود سبب خطير لتعرقك، ومع ذلك إن كان القلق يساورك بشأن حالتك فاستشر طبيبك.

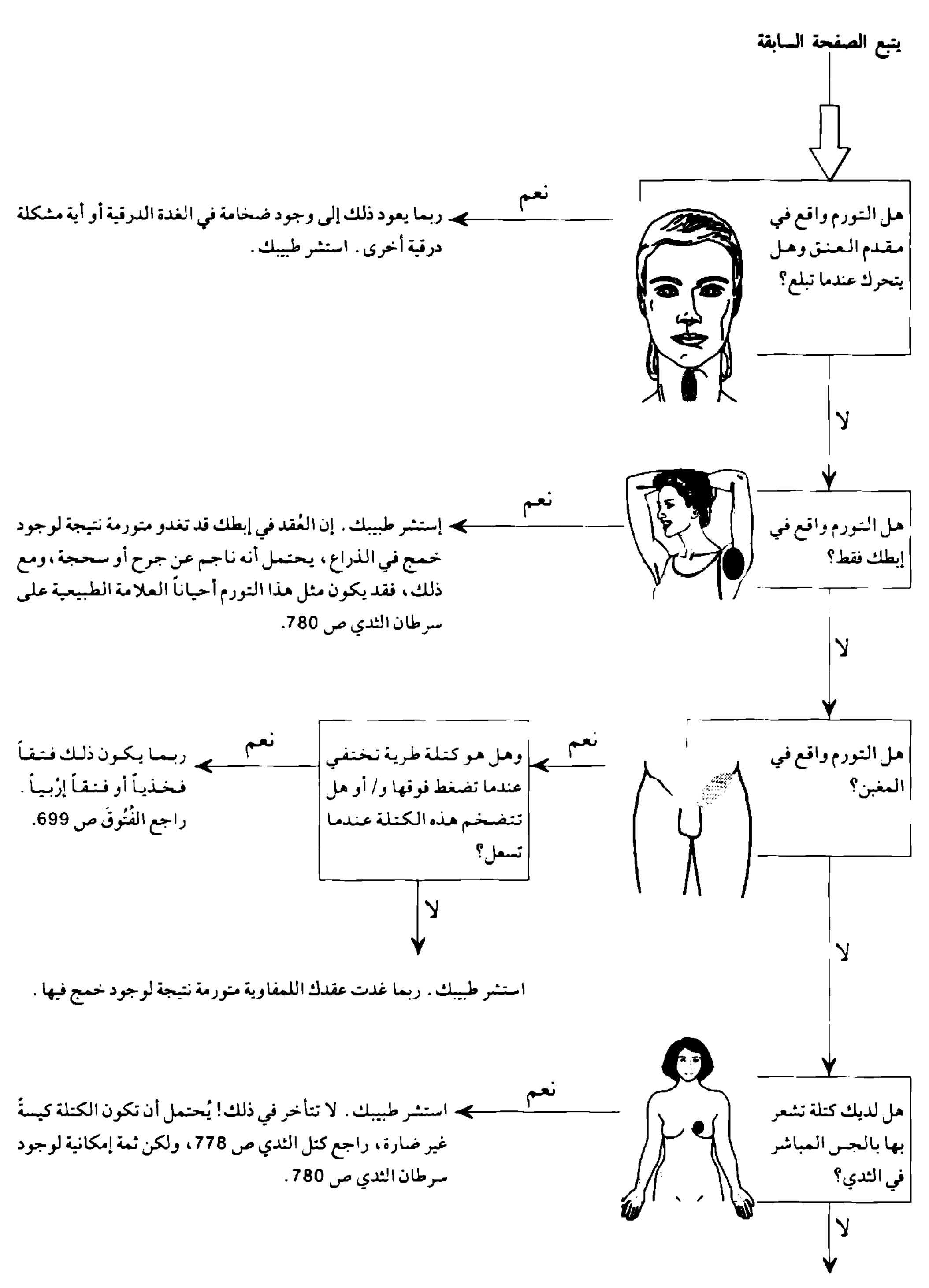
(1) الإياس: الإياس يعني انقطاع الحيض وانتهاء مرحلة الخصوبة التناسلية وليس الجنسية، وهو ما يعرف خطأً في اللهجة الدارجة بمرحلة سن اليأس.

التَورمات تَحْتَ الجِلد (Subdermal swellings)



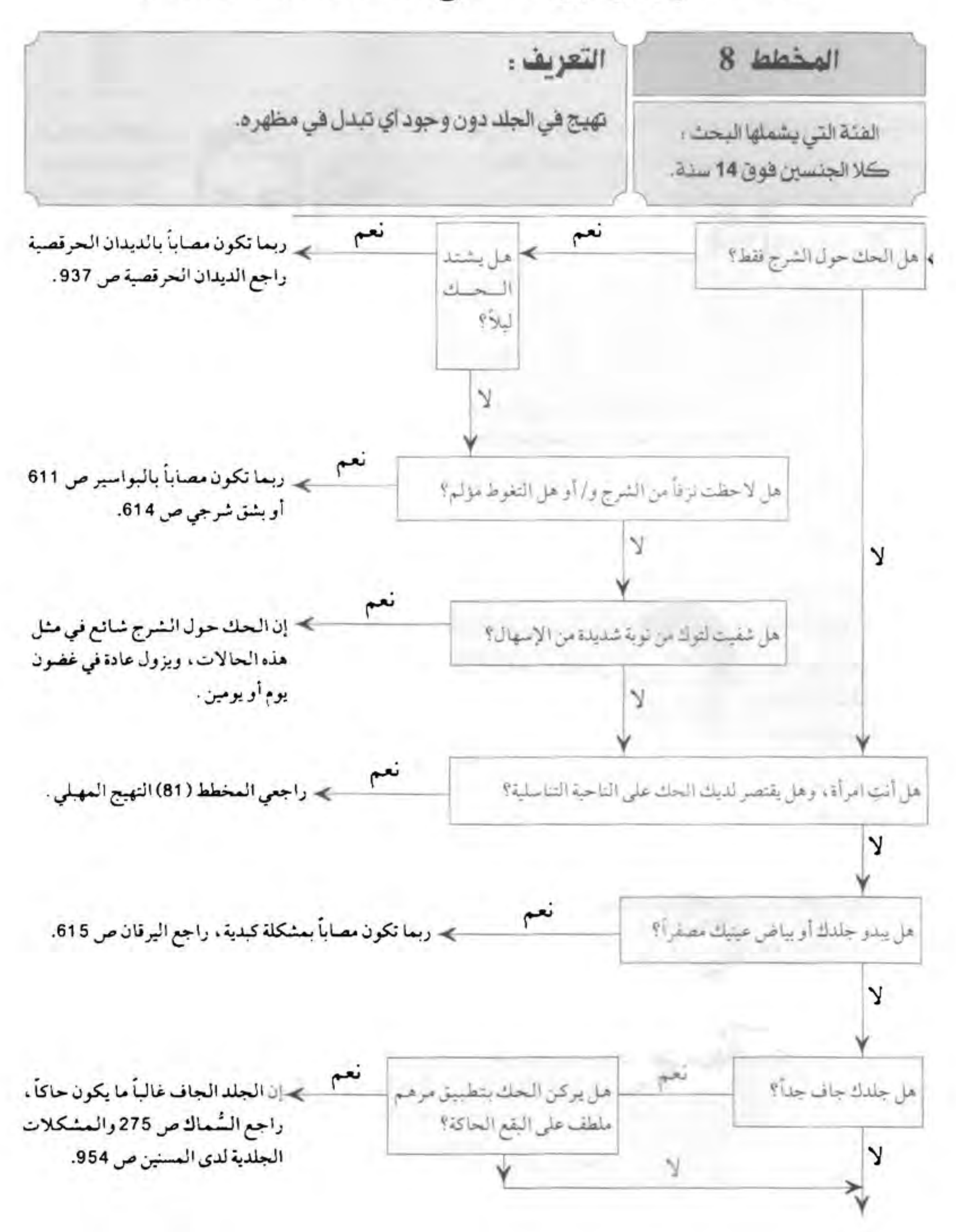
(1) بالنسبة للأطفال راجع المخطط 96 التورمات لدى الأطفال.


يتبع الصفحة السابقة
هل يقع التورم في وجهك ما بين الأذن وزاوية الفك السفلي؟
نعم
هل التورم في كلا الجانبين؟
نعم
ربما تكون مصاباً بالنُكاف ص 932.
لا
إستشر طبيبك! لا تتأخر في ذلك! إن التورم في جانب واحد من الوجه يُرجح أن ينجم عن النكاف ص 932، أو خراج سني ص 548، أو مشكلة في الغدة اللعابية مثل حصاة القناة اللعابية ص 567. ومع ذلك فهناك فرصة ضئيلة لوجود ورم في الغدة اللعابية ص 568.
لا
هل يوجد تورم على كلا جانبي مؤخرة رأسك؟
نعم
هل لديك طفح وردي اللون و/ أو هل درجة حرارتك (38°)م أو أكثر؟
نعم
ربما تكون مصاباً بالحُمَيْراء (الحصبة الألمانية) ص 930.
لا
لا
هل هنالك تورمات على جانبي رقبتك؟
نعم
هل لديك التهاب في الحلق؟
نعم
ربما تكون مصاباً بخمج في الحلق (راجع التهاب البلعوم ص 415، والتهاب اللوزتين ص 416) أو بداء الوحيدات الخمجي ص 737.
لا
إستشر طبيبك، ولا تتأخر في ذلك! ربما تكون مصاباً ببساطة بخمج ما، ولكن ثمة إمكانية ضئيلة لوجود سرطانة في الجهاز اللمفاوي. انظر داء هودجكن ص 537. ولمفومات لا هودجكن ص 536.
لا
انتقل إلى الصفحة التالية



إن عجزت عن الوصول إلى تشخيص حالتك، من هذا المخطط، فاستشر طبيبك.

الحَكّ دونَ وُجود طَفْح (Itching without a rash)



إن عجزت عن الوصول إلى تشخيص حالتك، من هذا المخطط، فاستشر طبيبك.

الغَشْيَة والغَشي (Faint and fainting)



المخطط 9

الفئة التي يشملها البحث:
كلا الجنسين ومن كافة الأعمار.

التعريف:

هو شعور مفاجيء بالضعف وفقدان التوازن يمكن أن يسبب فقدان الوعي لفترة وجيزة.

هل كان الشعور بالغَشْيَة مصحوباً بإحساس بالدُّوار؟

نعم ← راجع المخطط 10 الدُّوام.

لا

هل نهضت فجأة من جلسة أو استلقاء أو انحناء؟ أو هل نهضت لتوك من فراشك بعد قضاء عدة أيام فيه؟

نعم ← ربما كانت الغَشْية ناجمة عن هبوط مؤقت في ضغط الدم. راجع انخفاض ضغط الدم ص 511.

لا

هل كنت تتمرن تمريناً مجهداً أكثر من المعتاد، وأصبت باللُّهاث مباشرة قبل أن تشعر بالغَشْيَة؟

نعم ← ربما أدى التنفس السريع إلى اضطراب مؤقت في كيمياء دمك. إن هذا لا يستوجب القلق.

لا

هل تتناول عقاقير لضغط الدم المرتفع؟

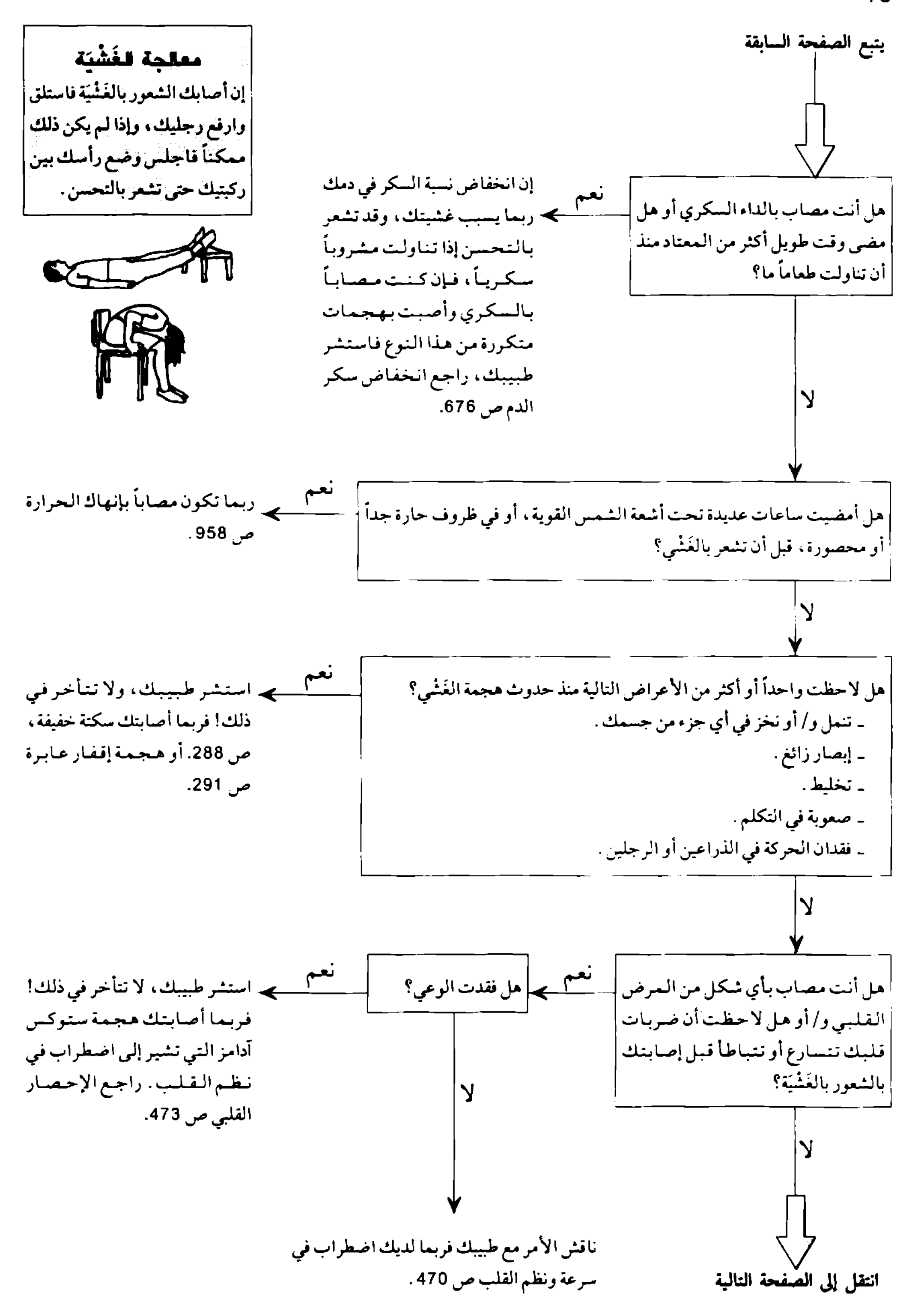
نعم ← ناقش الأمر مع طبيبك، فلربما هبط ضغطك الدموي هبوطاً شديداً. راجع ارتفاع ضغط الدم ص 463.

لا

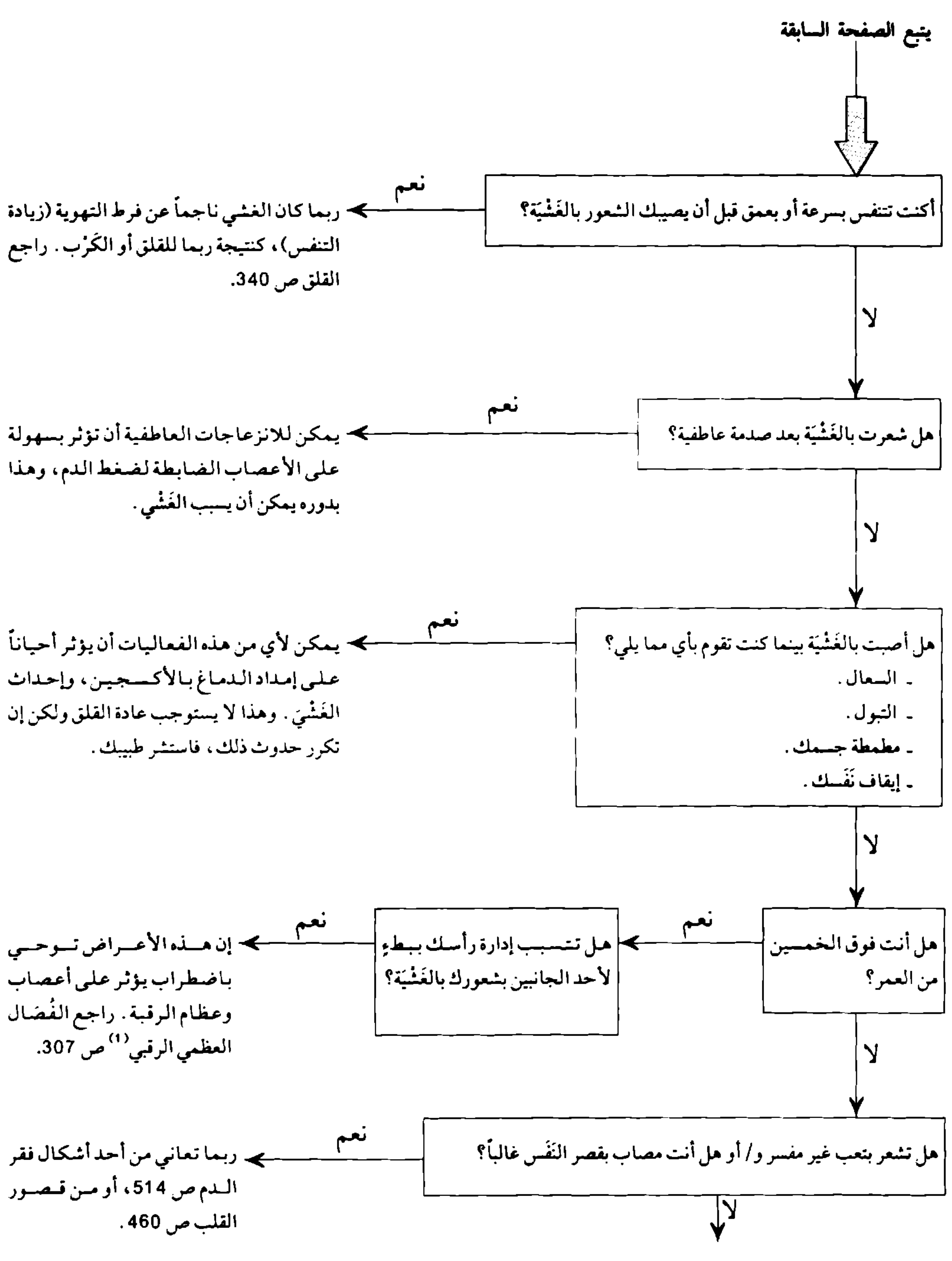
انتقل إلى الصفحة التالية

فقدان الوعي

إن الفقدان العابر للوعي - الغَشْيَة - لا يستوجب القلق إن استعاد المصاب وعيه في غضون دقيقة أو اثنتين. فإن بقي شخص ما فاقداً لوعيه بوجودك إلى أطول من ذلك، فاطلب العون الطبي المؤهل بأسرع ما يمكن.



يتبع الصفحة السابقة
هل أنت مصاب بالداء السكري أو هل مضى وقت طويل أكثر من المعتاد منذ أن تناولت طعاماً ما؟
نعم
إن انخفاض نسبة السكر في دمك ربما يسبب غشيتك، وقد تشعر بالتحسن إذا تناولت مشروباً سكرياً، فإن كنت مصاباً بالسكري وأصبت بهجمات متكررة من هذا النوع فاستشر طبيبك، راجع انخفاض سكر الدم ص 676.
معالجة الغَشْيَة
إن أصابك الشعور بالغَشْيَة فاستلق وارفع رجليك، وإذا لم يكن ذلك ممكناً فاجلس وضع رأسك بين ركبتيك حتى تشعر بالتحسن.
لا
هل أمضيت ساعات عديدة تحت أشعة الشمس القوية، أو في ظروف حارة جداً أو محصورة، قبل أن تشعر بالغَشْي؟
نعم
ربما تكون مصاباً بإنهاك الحرارة ص 958.
لا
هل لاحظت واحداً أو أكثر من الأعراض التالية منذ حدوث هجمة الغَشْي؟
ـ تنمل و/ أو نخز في أي جزء من جسمك.
ـ إبصار زائغ.
ـ تخليط.
ـ صعوبة في التكلم.
ـ فقدان الحركة في الذراعين أو الرجلين.
نعم
استشر طبيبك، ولا تتأخر في ذلك! فربما أصابتك سكتة خفيفة، ص 288. أو هجمة إقفار عابرة ص 291.
لا
هل أنت مصاب بأي شكل من المرض القلبي و/ أو هل لاحظت أن ضربات قلبك تتسارع أو تتباطأ قبل إصابتك بالشعور بالغَشْيَة؟
نعم
هل فقدت الوعي؟
نعم
استشر طبيبك، لا تتأخر في ذلك! فربما أصابتك هجمة ستوكس آدامز التي تشير إلى اضطراب في نظم القلب. راجع الإحصار القلبي ص 473.
لا
ناقش الأمر مع طبيبك فربما لديك اضطراب في سرعة ونظم القلب ص 470.
لا
انتقل إلى الصفحة التالية



إن عجزت عن الوصول إلى تشخيص حالتك، من هذا المخطط، فاستشر طبيبك.

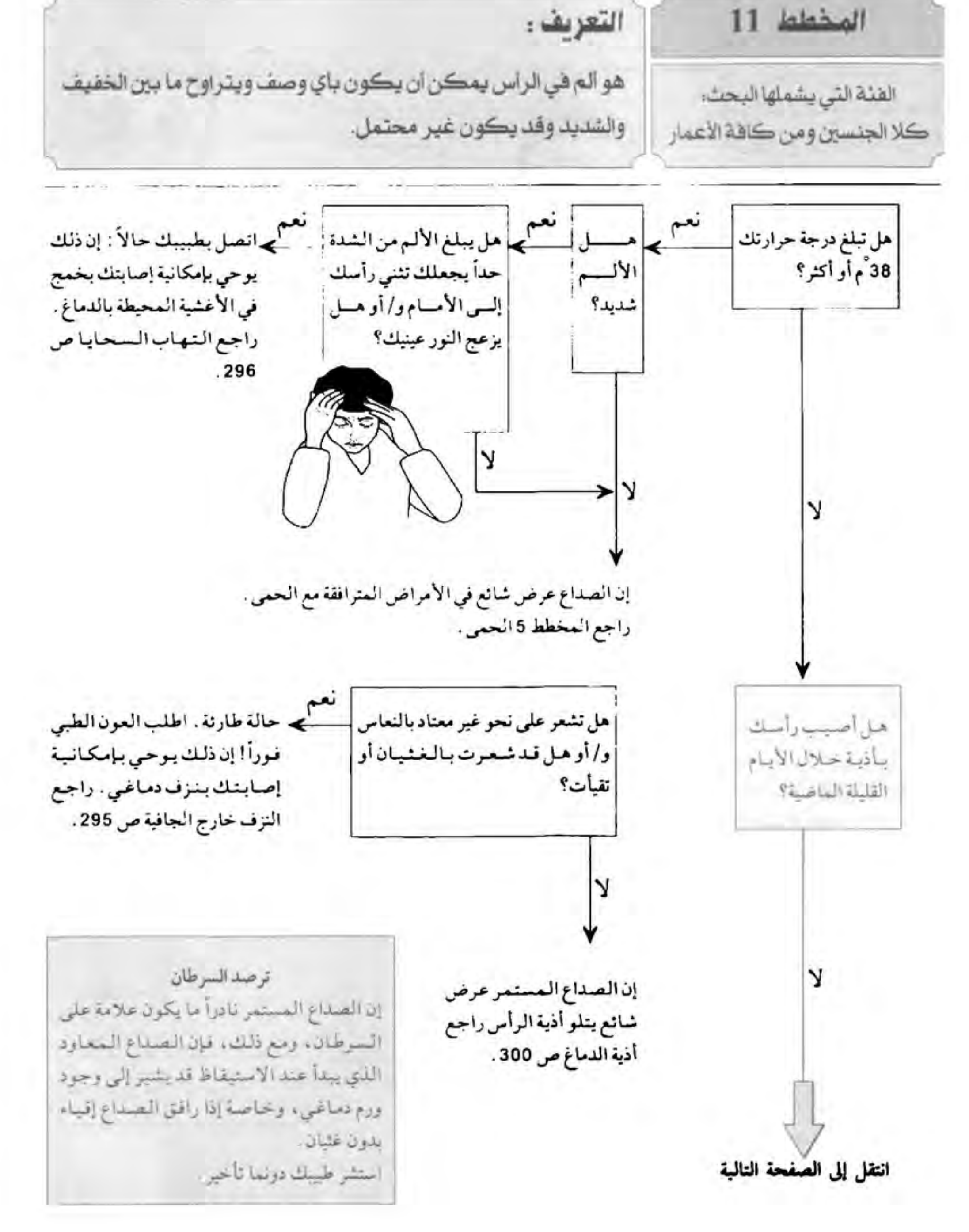
(1) الفُصال العظمي هو التهاب العظم والمفصل.

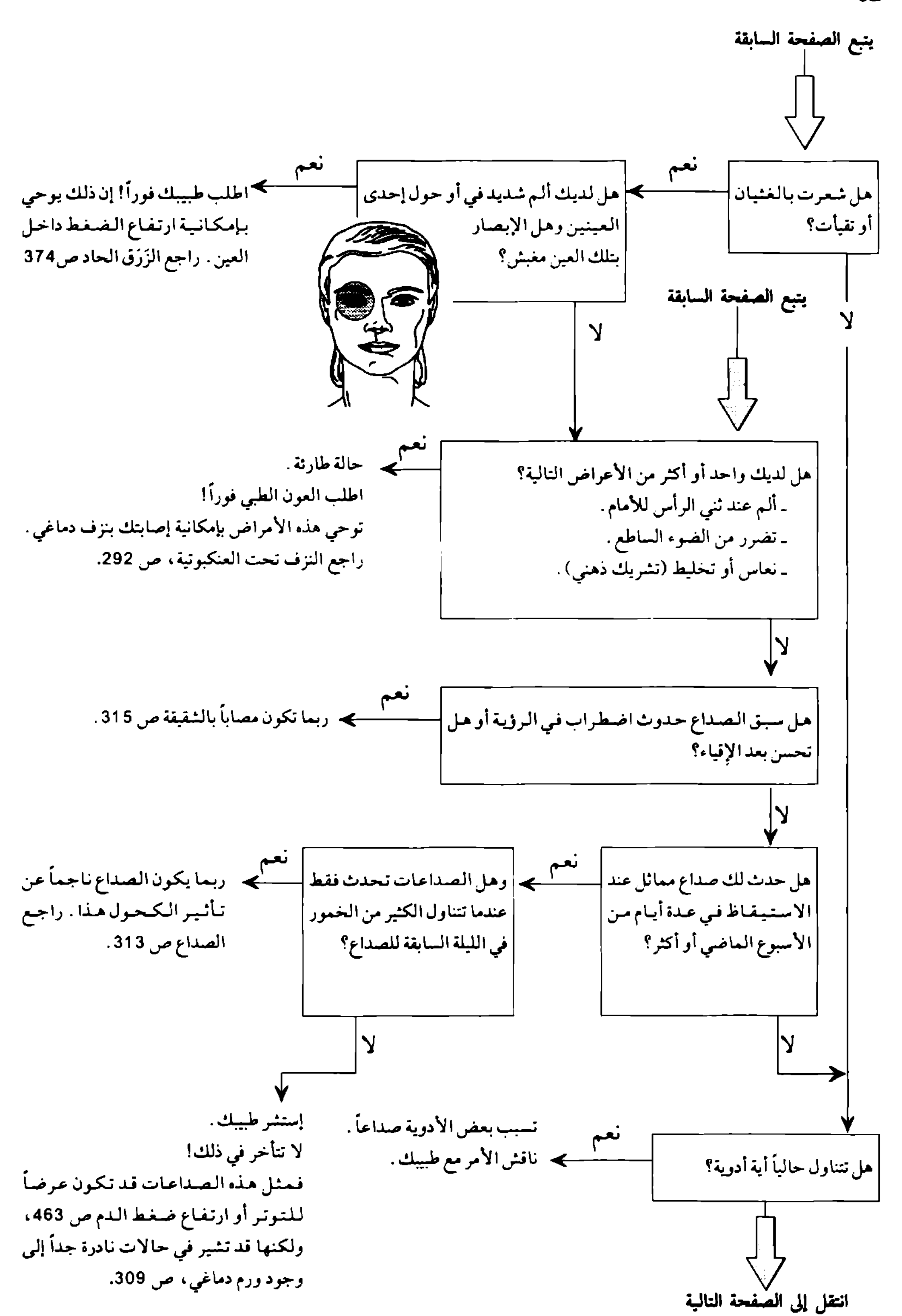
الـدُّوام (Dizziness)



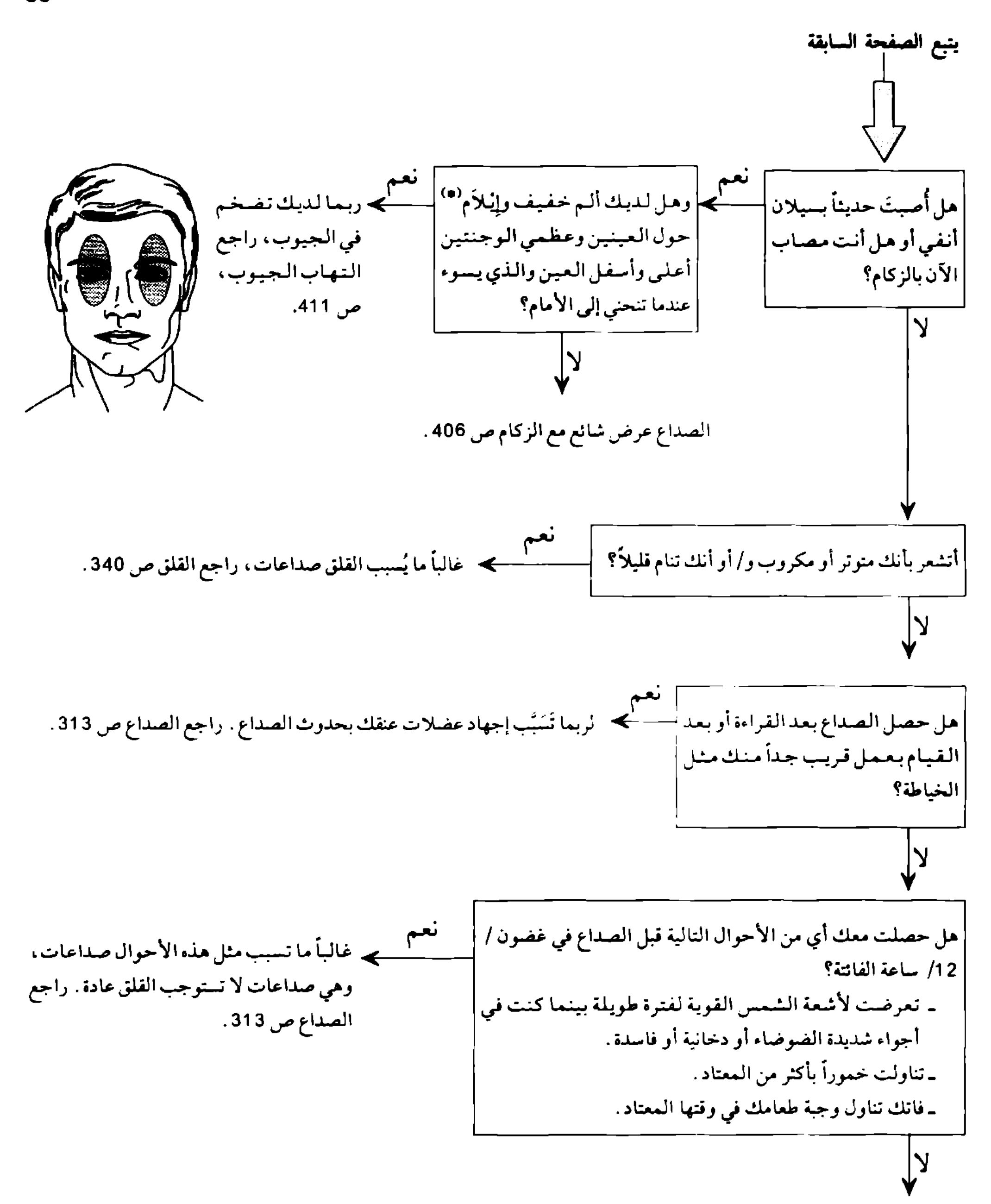
(1) الانسدار : هو شعور بالركونة وارتخاء البدن.

الصداع


المخطط 11
الفئة التي يشملها البحث:
كلا الجنسين ومن كافة الأعمار
التعريف :
هو ألم في الرأس يمكن أن يكون بأي وصف ويتراوح ما بين الخفيف والشديد وقد يكون غير محتمل.
هل تبلغ درجة حرارتك 38°م أو أكثر؟
نعم
لا
هل الألم شديد؟
نعم
لا
هل يبلغ الألم من الشدة حداً يجعلك تثني رأسك إلى الأمام و/أو هل يزعج النور عينيك؟
نعم
لا
اتصل بطبيبك حالاً : إن ذلك يوحي بإمكانية إصابتك بخمج في الأغشية المحيطة بالدماغ. راجع التهاب السحايا ص 296.
إن الصداع عرض شائع في الأمراض المترافقة مع الحمى. راجع المخطط 5 الحمى.
هل أصيب رأسك بأذية خلال الأيام القليلة الماضية؟
نعم
لا
هل تشعر على نحو غير معتاد بالنعاس و/أو هل قد شعرت بالغثيان أو تقيأت؟
نعم
لا
حالة طارئة. اطلب العون الطبي فوراً! إن ذلك يوحي بإمكانية إصابتك بنزف دماغي. راجع النزف خارج الجافية ص 295.
إن الصداع المستمر عرض شائع يتلو أذية الرأس راجع أذية الدماغ ص 300.
ترصد السرطان
إن الصداع المستمر نادراً ما يكون علامة على السرطان، ومع ذلك، فإن الصداع المعاود الذي يبدأ عند الاستيقاظ قد يشير إلى وجود ورم دماغي، وخاصة إذا رافق الصداع إقياء بدون غثيان.
استشر طبيبك دونما تأخير.
انتقل إلى الصفحة التالية



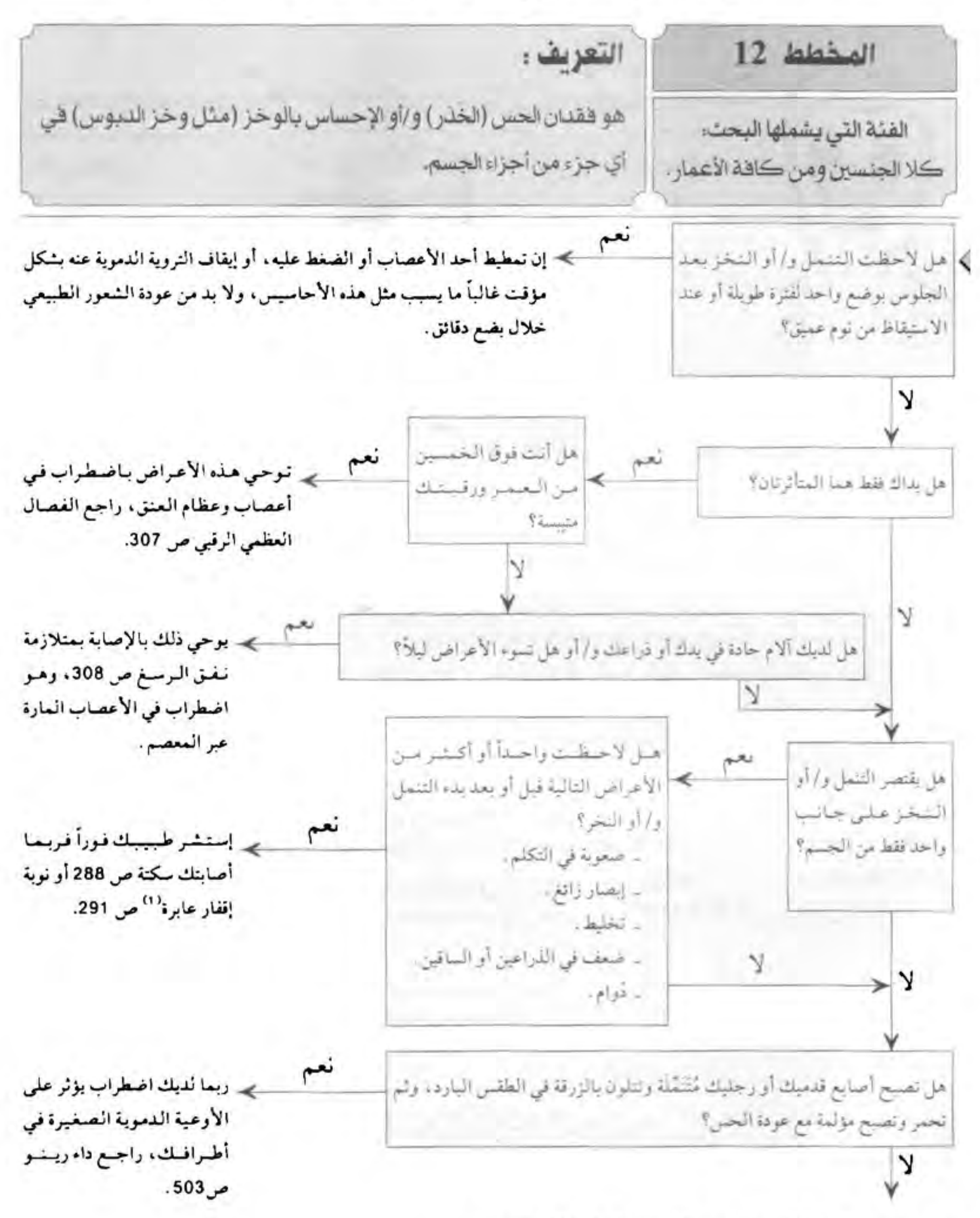
يتبع الصفحة السابقة
هل شعرت بالغثيان أو تقيأت؟
نعم
هل لديك ألم شديد في أو حول إحدى العينين وهل الإبصار بتلك العين مغبش؟
نعم
اطلب طبيبك فوراً! إن ذلك يوحي بإمكانية ارتفاع الضغط داخل العين. راجع الزَرَق الحاد ص 374
لا
لا
يتبع الصفحة السابقة
هل لديك واحد أو أكثر من الأعراض التالية؟
ـ ألم عند ثني الرأس للأمام.
ـ تضرر من الضوء الساطع.
ـ نعاس أو تخليط (تشريك ذهني).
نعم
حالة طارئة.
اطلب العون الطبي فوراً!
توحي هذه الأمراض بإمكانية إصابتك بنزف دماغي.
راجع النزف تحت العنكبوتية، ص 292.
لا
هل سبق الصداع حدوث اضطراب في الرؤية أو هل تحسن بعد الإقياء؟
نعم
ربما تكون مصاباً بالشقيقة ص 315.
لا
هل حدث لك صداع مماثل عند الاستيقاظ في عدة أيام من الأسبوع الماضي أو أكثر؟
نعم
وهل الصداعات تحدث فقط عندما تتناول الكثير من الخمور في الليلة السابقة للصداع؟
نعم
ربما يكون الصداع ناجماً عن تأثير الكحول هذا. راجع الصداع ص 313.
لا
إستشر طبيبك.
لا تتأخر في ذلك!
فمثل هذه الصداعات قد تكون عرضاً للتوتر أو ارتفاع ضغط الدم ص 463، ولكنها قد تشير في حالات نادرة جداً إلى وجود ورم دماغي، ص 309.
لا
هل تتناول حالياً أية أدوية؟
نعم
تسبب بعض الأدوية صداعاً.
ناقش الأمر مع طبيبك.
انتقل إلى الصفحة التالية



إن عجزت عن الوصول إلى تشخيص من هذا المخطط، وبقي الصداع مستمراً طوال الليل، أو إذا ما ظهرت أعراض أخرى، فاستشر طبيبك.

(*) الإيلام Tenderness: هو إحداث الألم في مكان ما من الجسم نتيجة الضغط عليه أو لمسه، بحيث أن هذا الضغط أو اللمس لا يكفي عادةً لإحداث مثل هذا الألم في الأنسجة السليمة.

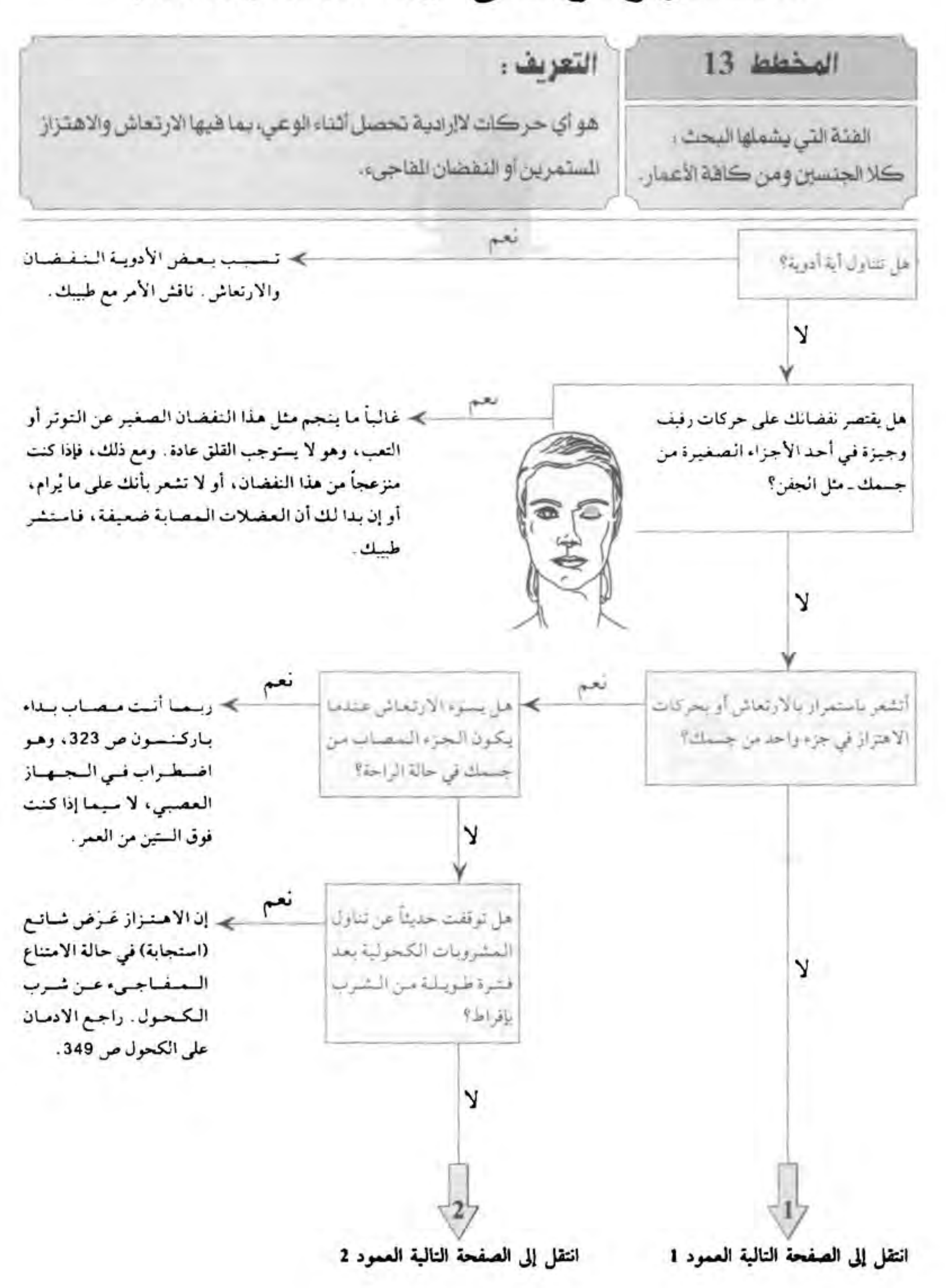
التَنَمُّل و/أو النَّخْز (Numbness and/or tingling)



إن عجزت عن الوصول إلى تشخيص حالتك من هذا المخطط فاستشر طبيبك.

(1) نوبة إقفار عابرة: هي نوبة نقص تروية دموية للدماغ بشكل عابر (مؤقت).

النَفَضان والارتِعاش (Twitching and trembling)



المخطط 13

الفئة التي يشملها البحث:
كلا الجنسين ومن كافة الأعمار.

التعريف:
هو أي حركات لاإرادية تحصل أثناء الوعي، بما فيها الارتعاش والاهتزاز المستمرين أو النفضان الفاجىء.

هل تتناول أية أدوية؟

نعم ← تسبب بعض الأدوية النفضان والارتعاش. ناقش الأمر مع طبيبك.

لا

هل يقتصر نفضانك على حركات رفيف وجيزة في أحد الأجزاء الصغيرة من جسمك - مثل الجفن؟

نعم ← غالباً ما ينجم مثل هذا النفضان الصغير عن التوتر أو التعب، وهو لا يستوجب القلق عادة. ومع ذلك، فإذا كنت منزعجاً من هذا النفضان، أو لا تشعر بأنك على ما يُرام، أو إن بدا لك أن العضلات المصابة ضعيفة، فاستشر طبيبك.

لا

أتشعر باستمرار بالارتعاش أو بحركات الاهتزاز في جزء واحد من جسمك؟

نعم ← هل يسوء الارتعاش عندما يكون الجزء المصاب من جسمك في حالة الراحة؟

نعم ← ربما أنت مصاب بداء باركنسون ص 323، وهو اضطراب في الجهاز العصبي، لا سيما إذا كنت فوق الستين من العمر.

لا

هل توقفت حديثاً عن تناول المشروبات الكحولية بعد فترة طويلة من الشرب بإفراط؟

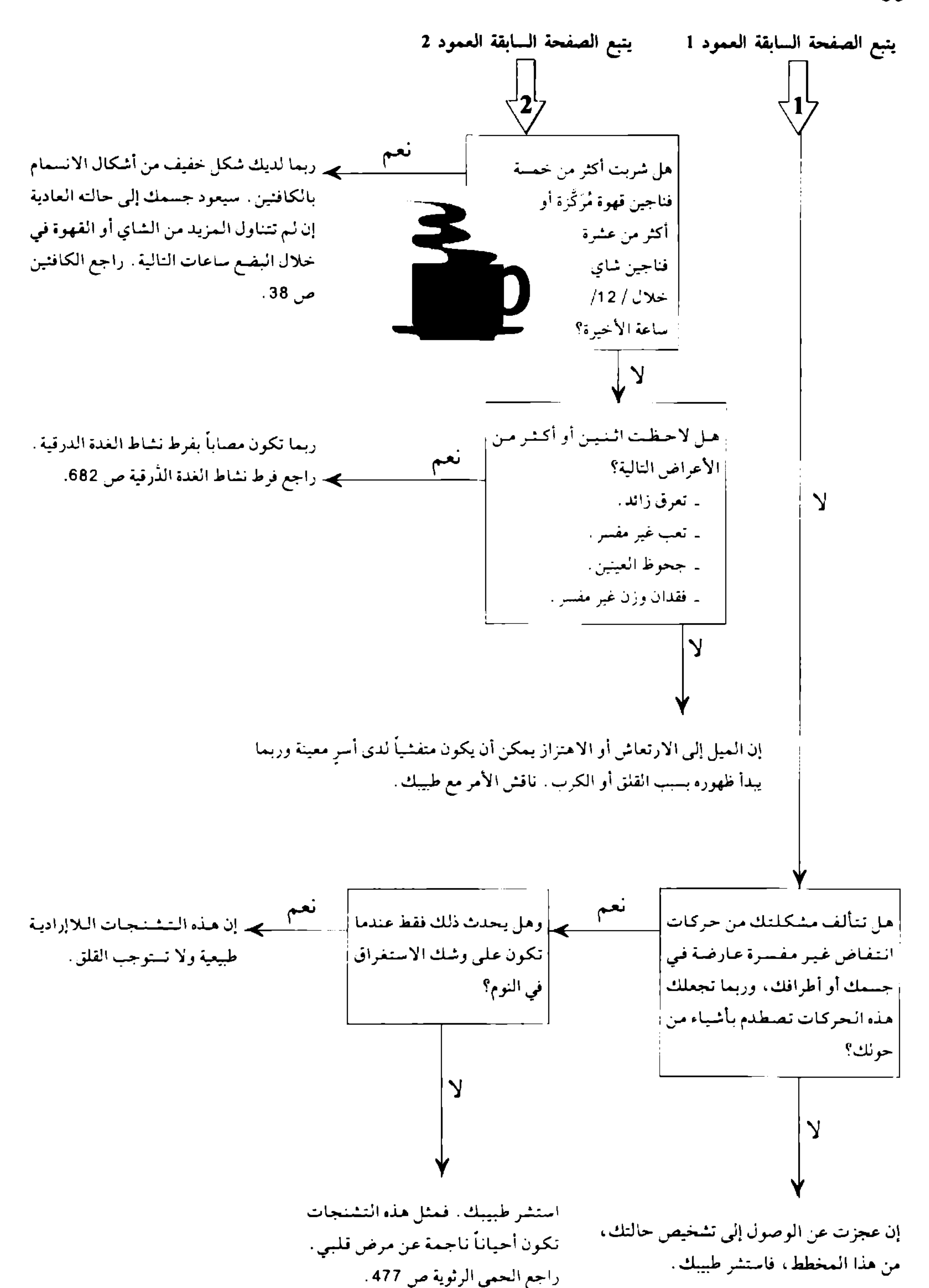
نعم ← إن الاهتزاز عَرَض شائع (استجابة) في حالة الامتناع المفاجىء عن شرب الكحول. راجع الادمان على الكحول ص 349.

لا

انتقل إلى الصفحة التالية العمود 2

لا

انتقل إلى الصفحة التالية العمود 1



يتبع الصفحة السابقة العمود 1
1
يتبع الصفحة السابقة العمود 2
2
هل شربت أكثر من خمسة فناجين قهوة مُرَكَّزة أو أكثر من عشرة فناجين شاي خلال /12/ ساعة الأخيرة؟
نعم
ربما لديك شكل خفيف من أشكال الانسمام بالكافئين. سيعود جسمك إلى حالته العادية إن لم تتناول المزيد من الشاي أو القهوة في خلال البضع ساعات التالية. راجع الكافئين ص 38.
لا
هل لاحظت اثنين أو أكثر من الأعراض التالية؟
ـ تعرق زائد.
ـ تعب غير مفسر.
ـ جحوظ العينين.
ـ فقدان وزن غير مفسر.
نعم
ربما تكون مصاباً بفرط نشاط الغدة الدرقية. راجع فرط نشاط الغدة الدّرقية ص 682.
لا
إن الميل إلى الارتعاش أو الاهتزاز يمكن أن يكون متفشياً لدى أسرٍ معينة وربما يبدأ ظهوره بسبب القلق أو الكرب. ناقش الأمر مع طبيبك.
لا
هل تتألف مشكلتك من حركات انتفاض غير مفسرة عارضة في جسمك أو أطرافك، وربما تجعلك هذه الحركات تصطدم بأشياء من حولك؟
نعم
وهل يحدث ذلك فقط عندما تكون على وشك الاستغراق في النوم؟
نعم
إن هذه التشنجات اللاإرادية طبيعية ولا تستوجب القلق.
لا
استشر طبيبك. فمثل هذه التشنجات تكون أحياناً ناجمة عن مرض قلبي. راجع الحمى الرثوية ص 477.
لا
إن عجزت عن الوصول إلى تشخيص حالتك، من هذا المخطط، فاستشر طبيبك.

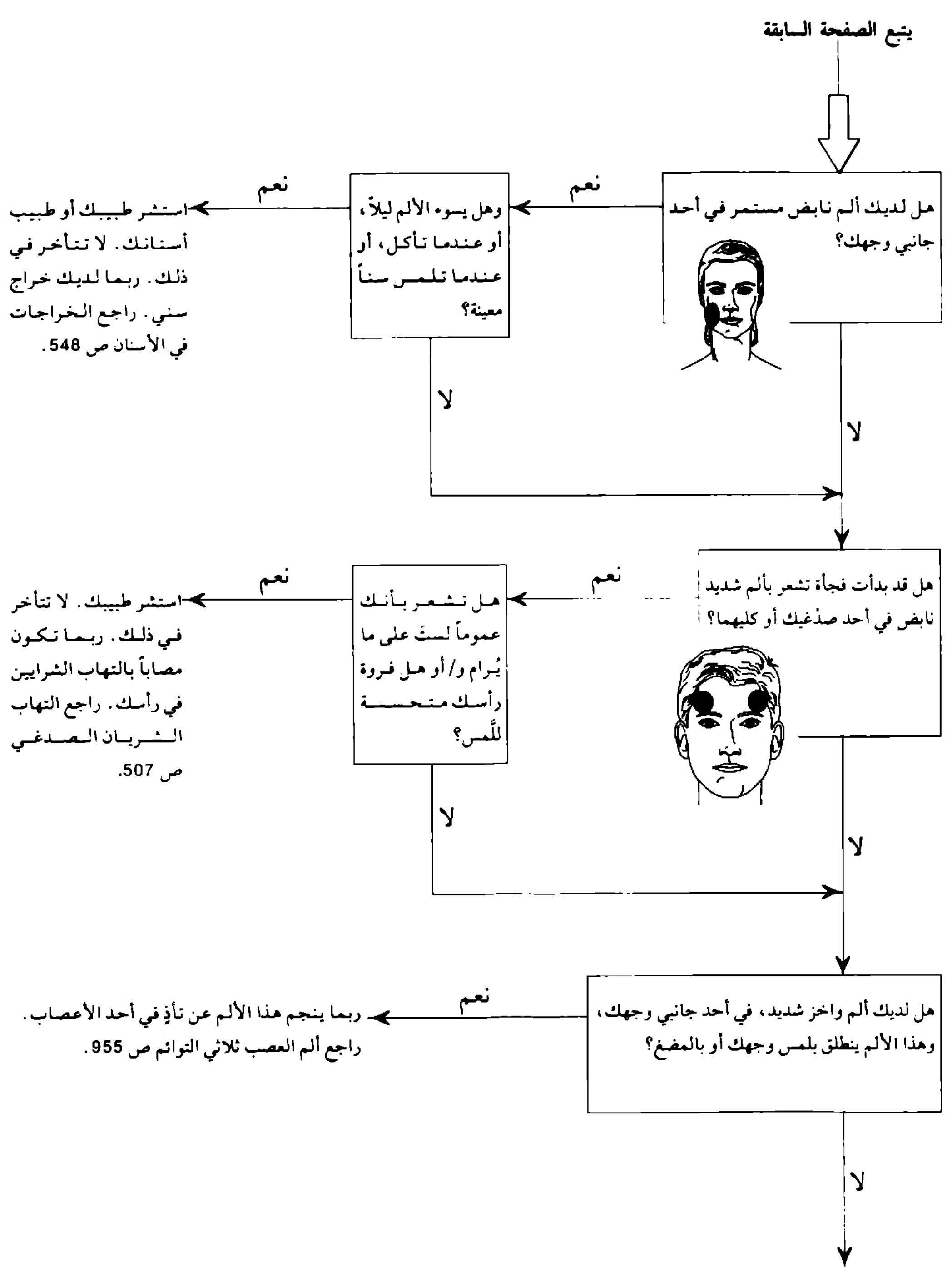
الألم في الوجه (Pain in the face)



(1) النَفطَة: هي تجمع سائل (غير قيحي) تحت بشرة الجلد أو ضمن الأدمة.

(2) الإيلام: هو حدوث الألم في أنسجة الجسم إذا ضغط عليها ضغطاً لا يسبب ألماً في الأنسجة السليمة.

يتبع الصفحة السابقة

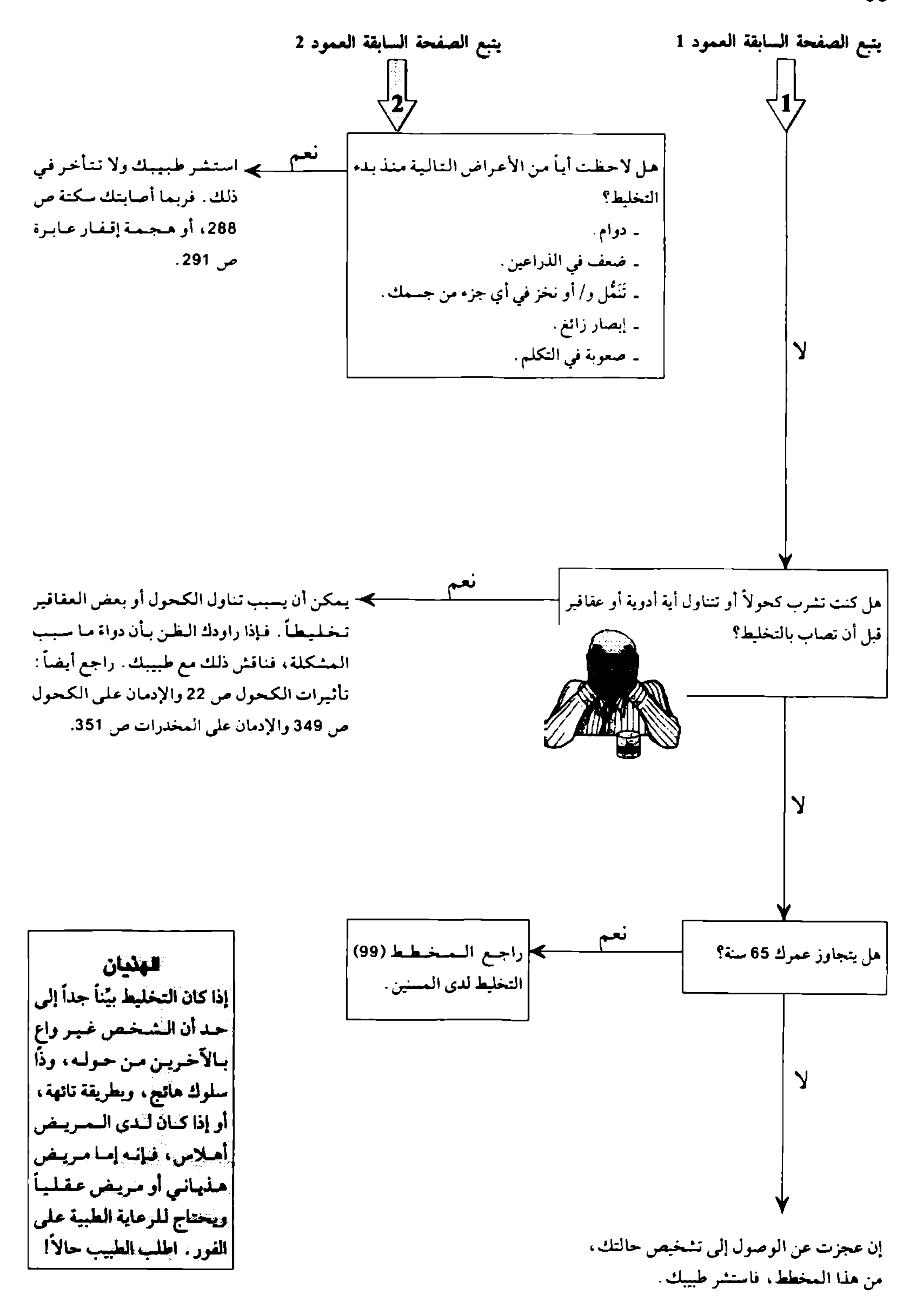


التَّخْليط (Confusion)



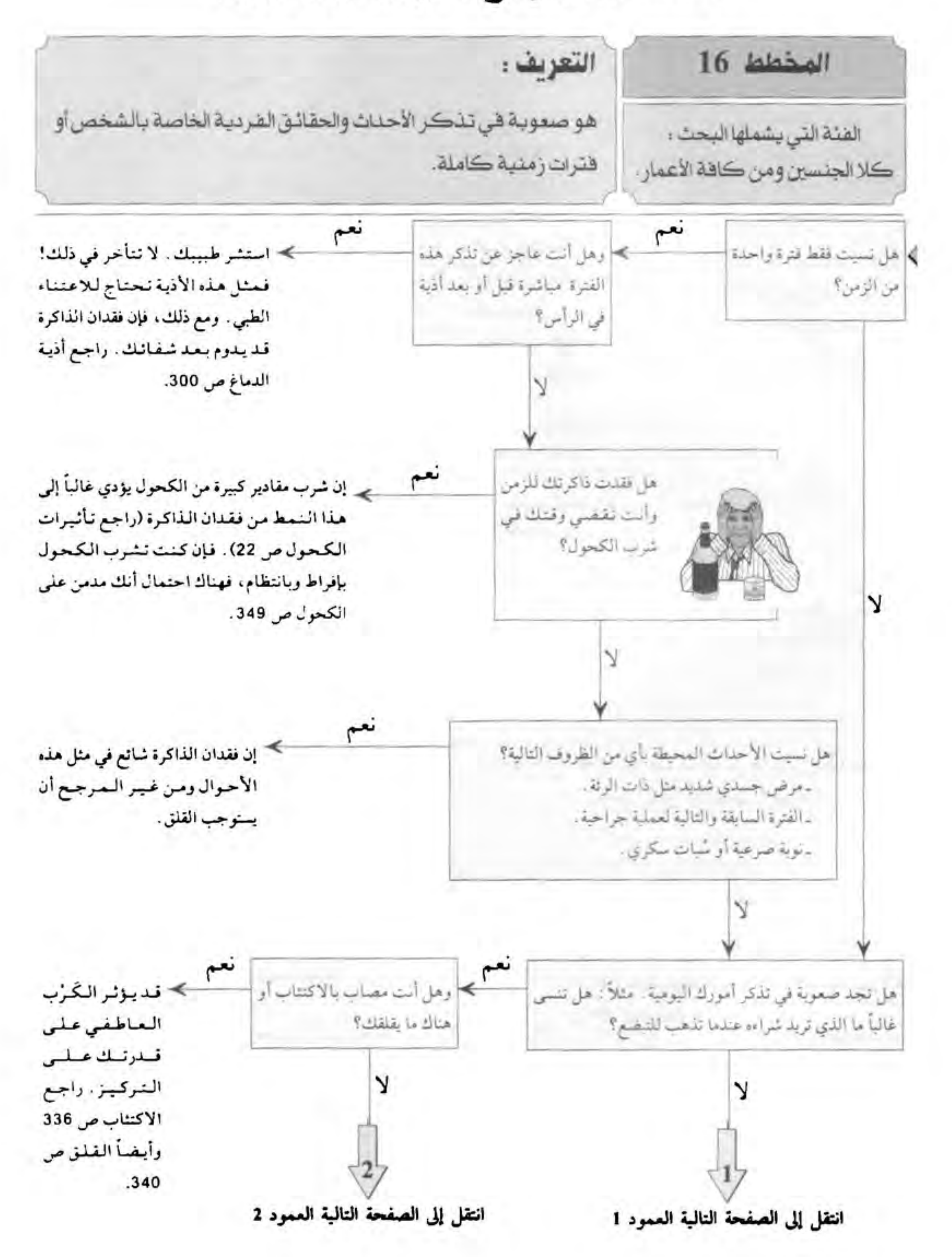
(1) الهذيان: Delerium هو حالة من الإثارة (التهيج) الذهنية الشديدة، والحركية عادةً، تتصف بتتابع سريع لأفكار تخليطية غير مترابطة، وغالباً ما تترافق مع انخداعات (توهمات) Illusions وأهلاس.

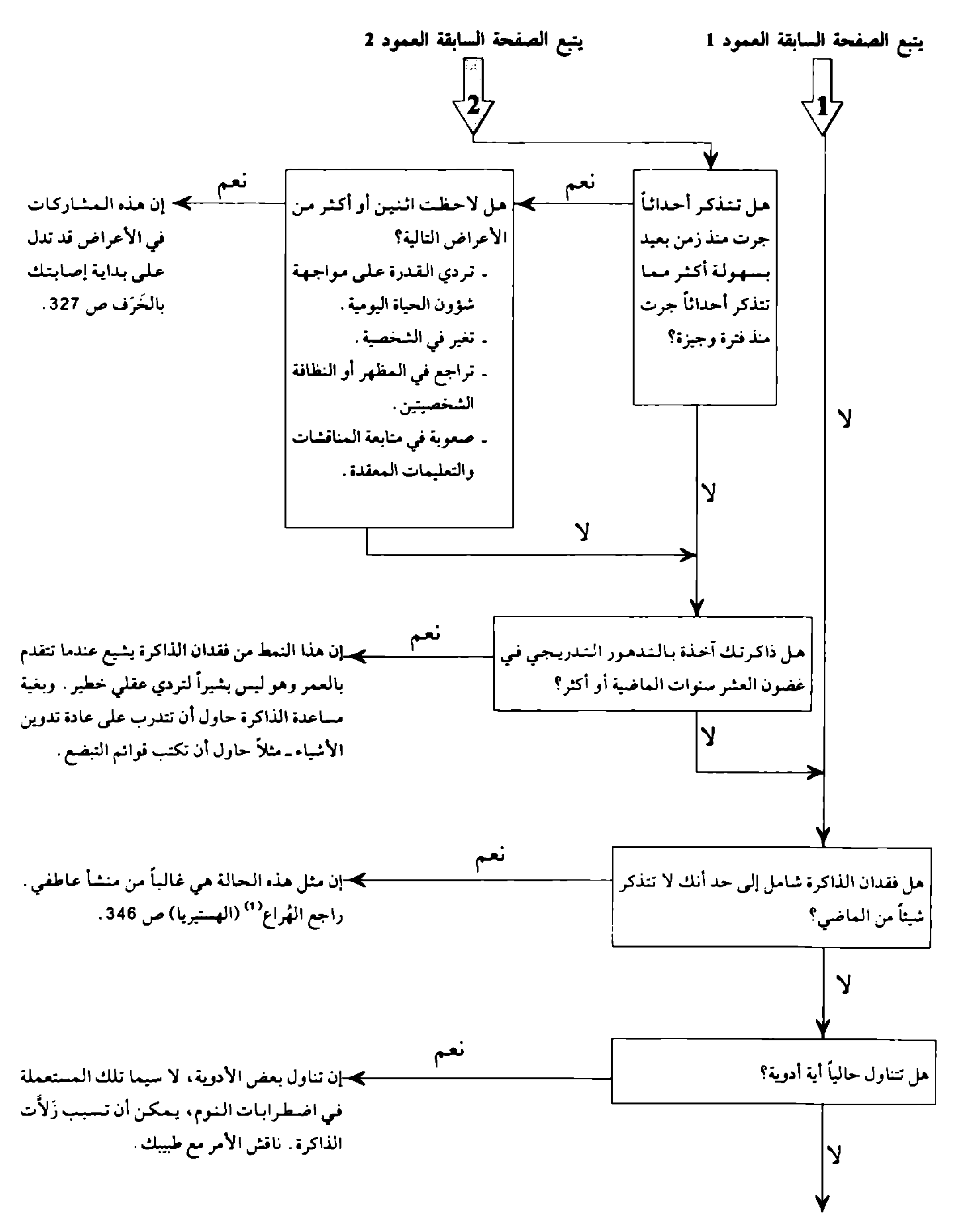
(2) الذُهان Psychosis: اضطراب نفسي شديد مثل الفُصام أو الاكتئاب.



يتبع الصفحة السابقة العمود 1
يتبع الصفحة السابقة العمود 2
1
2
هل لاحظت أياً من الأعراض التالية منذ بدء التخليط؟
- دوام.
- ضعف في الذراعين.
- تَنَمُّل و/ أو نخز في أي جزء من جسمك.
- إبصار زائغ.
- صعوبة في التكلم.
نعم
استشر طبيبك ولا تتأخر في ذلك. فربما أصابتك سكتة ص 288، أو هجمة إقفار عابرة ص 291.
لا
هل كنت تشرب كحولاً أو تتناول أية أدوية أو عقاقير قبل أن تصاب بالتخليط؟
نعم
يمكن أن يسبب تناول الكحول أو بعض العقاقير تخليطاً. فإذا راودك الظن بأن دواءً ما سبب المشكلة، فناقش ذلك مع طبيبك. راجع أيضاً: تأثيرات الكحول ص 22 والإدمان على الكحول ص 349 والإدمان على المخدرات ص 351.
لا
هل يتجاوز عمرك 65 سنة؟
نعم
راجع المخطط (99) التخليط لدى المسنين.
لا
إن عجزت عن الوصول إلى تشخيص حالتك، من هذا المخطط، فاستشر طبيبك.
الهذيان
إذا كان التخليط بيّناً جداً إلى حد أن الشخص غير واعٍ بالآخرين من حوله، وذا سلوك هائج، وبطريقة تائهة، أو إذا كان لدى المريض أهلاس، فإنه إما مريض هذياني أو مريض عقلياً ويحتاج للرعاية الطبية على الفور. اطلب الطبيب حالاً!

ضعف الذاكِرة (Impaired memory)

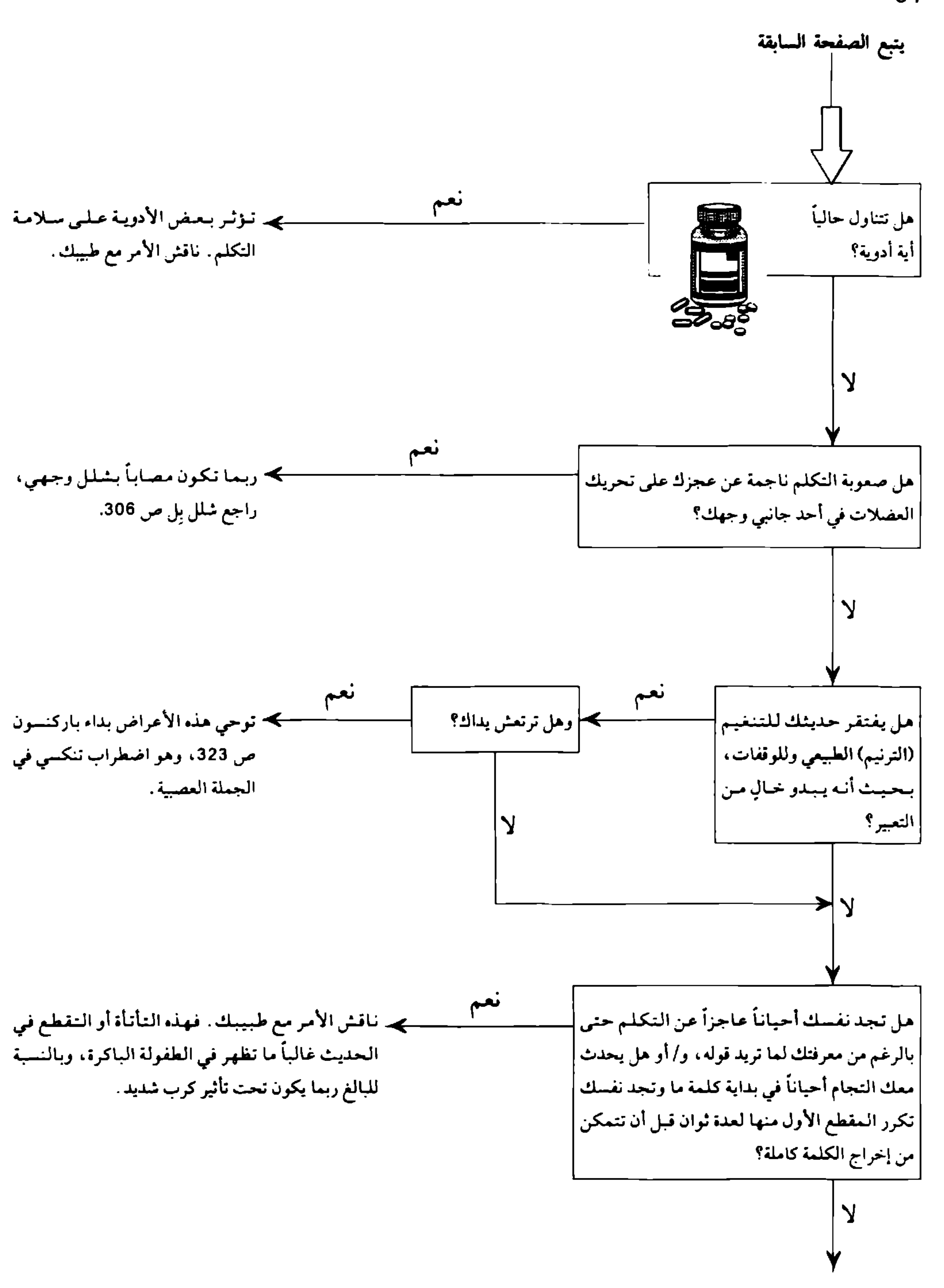




(1) الهُرَاع، أو ما يُعرف بالهَشْتَرة أو الهستيريا Hysteria.

صُعوبَة التَّكلُّم (Dysarthria)





إن عجزت عن الوصول إلى تشخيص حالتك، من هذا المخطط، فاستشر طبيبك.

الأَفكار والمَشاعِر المُضْطربَة (Disturbing thoughts and feelings)



إن عجزت عن الوصول إلى تشخيص حالتك من هذا المخطط، وإن استمرت أفكارك ومشاعرك في ملازمتك، فاستشر طبيبك.

---

(1) المُراق: انهماك مرضي لدى الشخص حول صحته وانتباه زائد إلى أي أحاسيس جسمية أو عقلية غير مألوفة؛ أي هو اعتقاد الشخص المُراقي (المصاب بالمُراق) بأنه يُعاني من مرض ما ليس له أي دليل مادي ملموس.

السُلوك الغريب (Strange behavior)



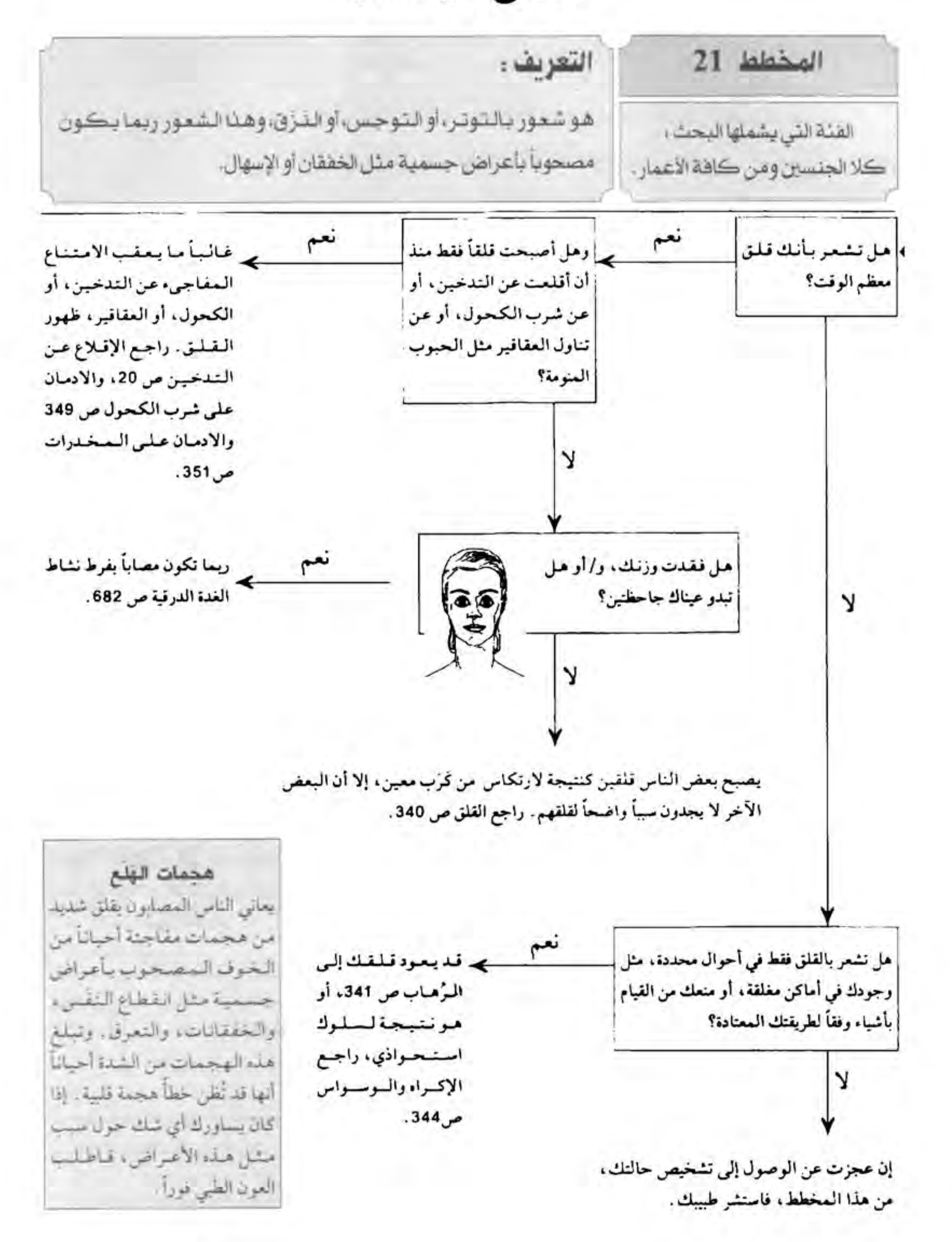
إن عجزت عن الوصول إلى تشخيص حالتك من هذا المخطط، فاستشر طبيبك. لا تتأخر في ذلك! إن هناك فرصة لوجود ورم ربما يكون هو المتسبب في المشكلة.

الاكْتِئاب (Depression)

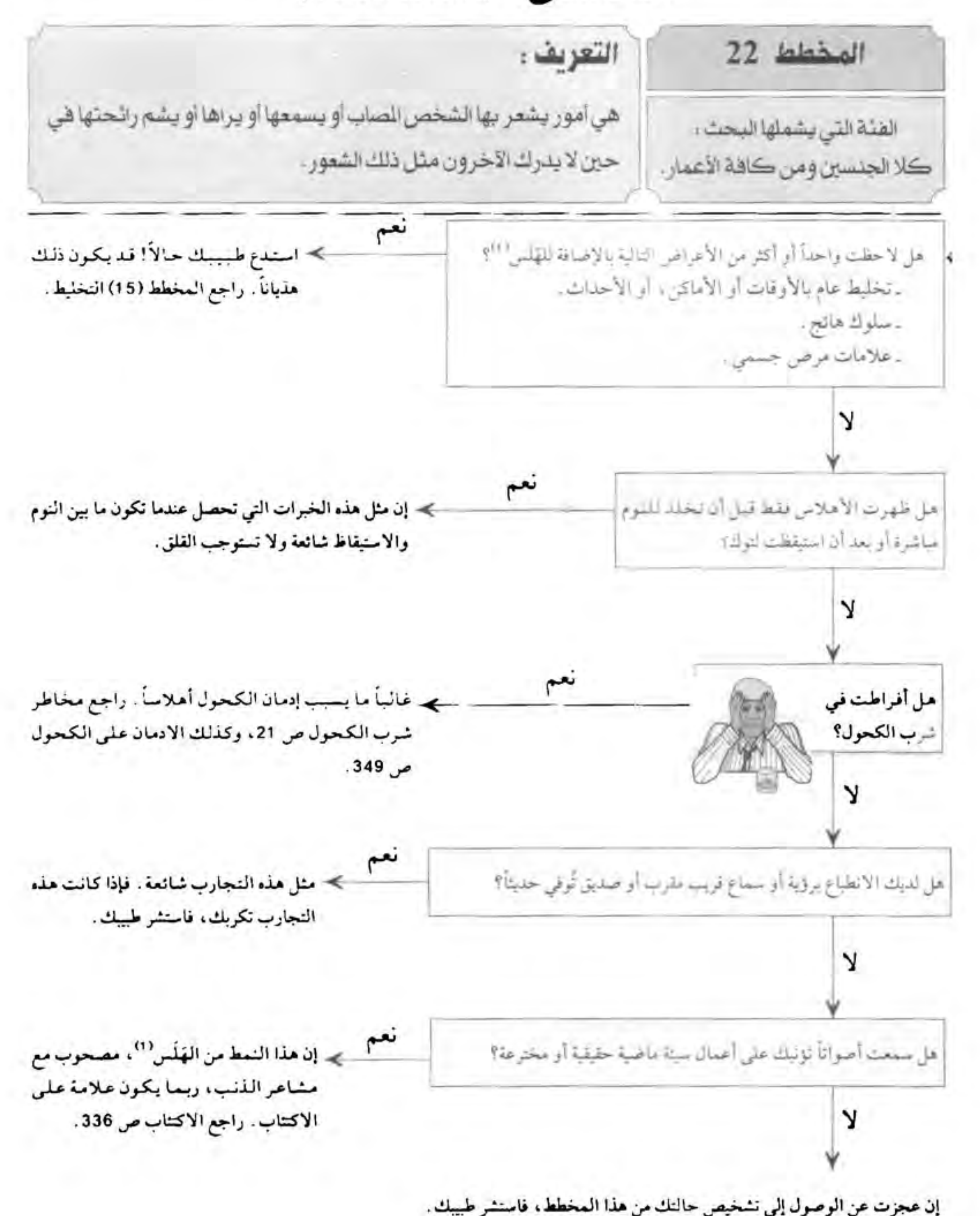


(1) داء البروسيلات Brucellosis : يُعرف أيضاً بالحمى المالطية.

القَلَق (Anxiety)



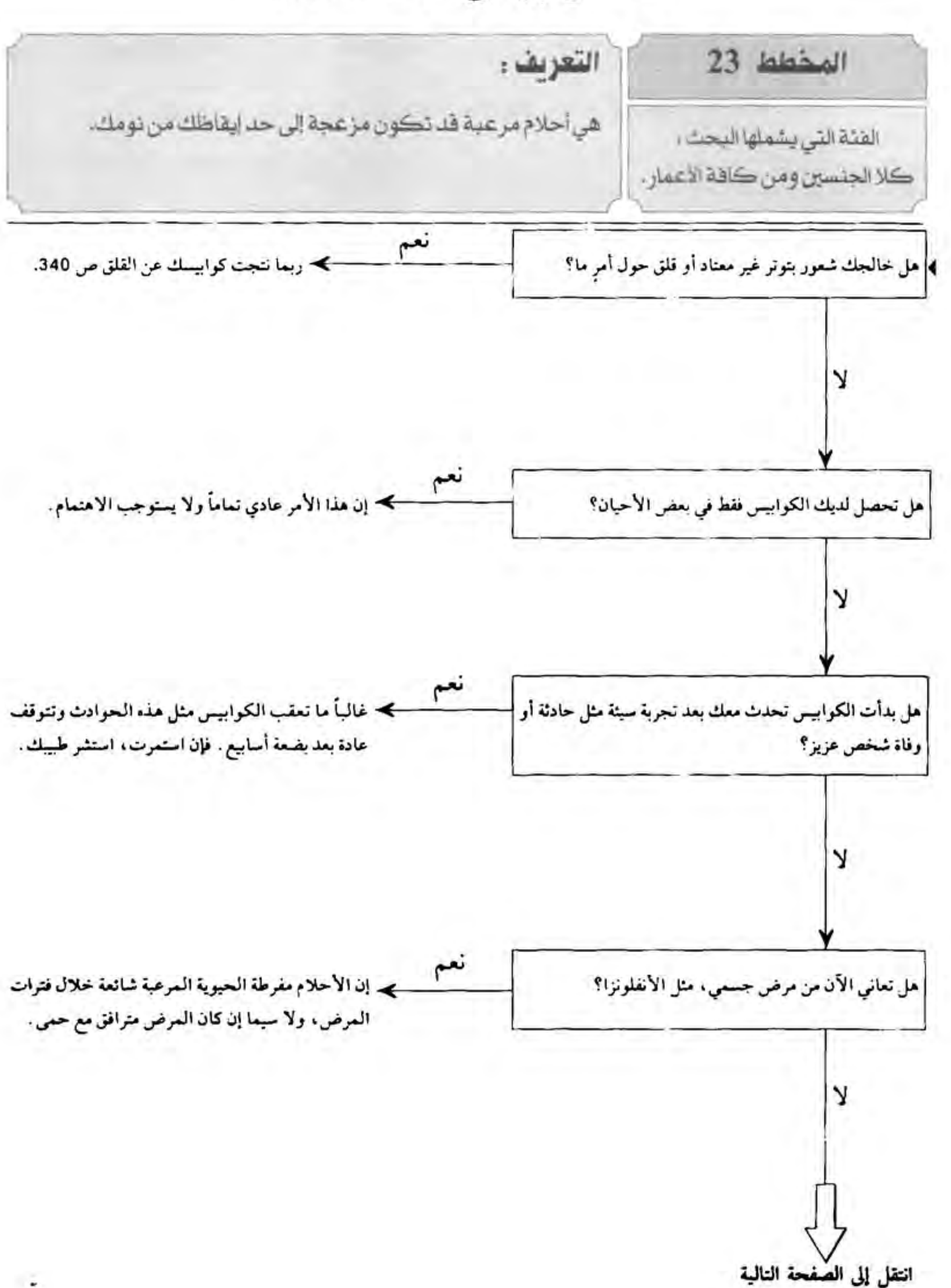
الأهْلاس (Hallucinations)

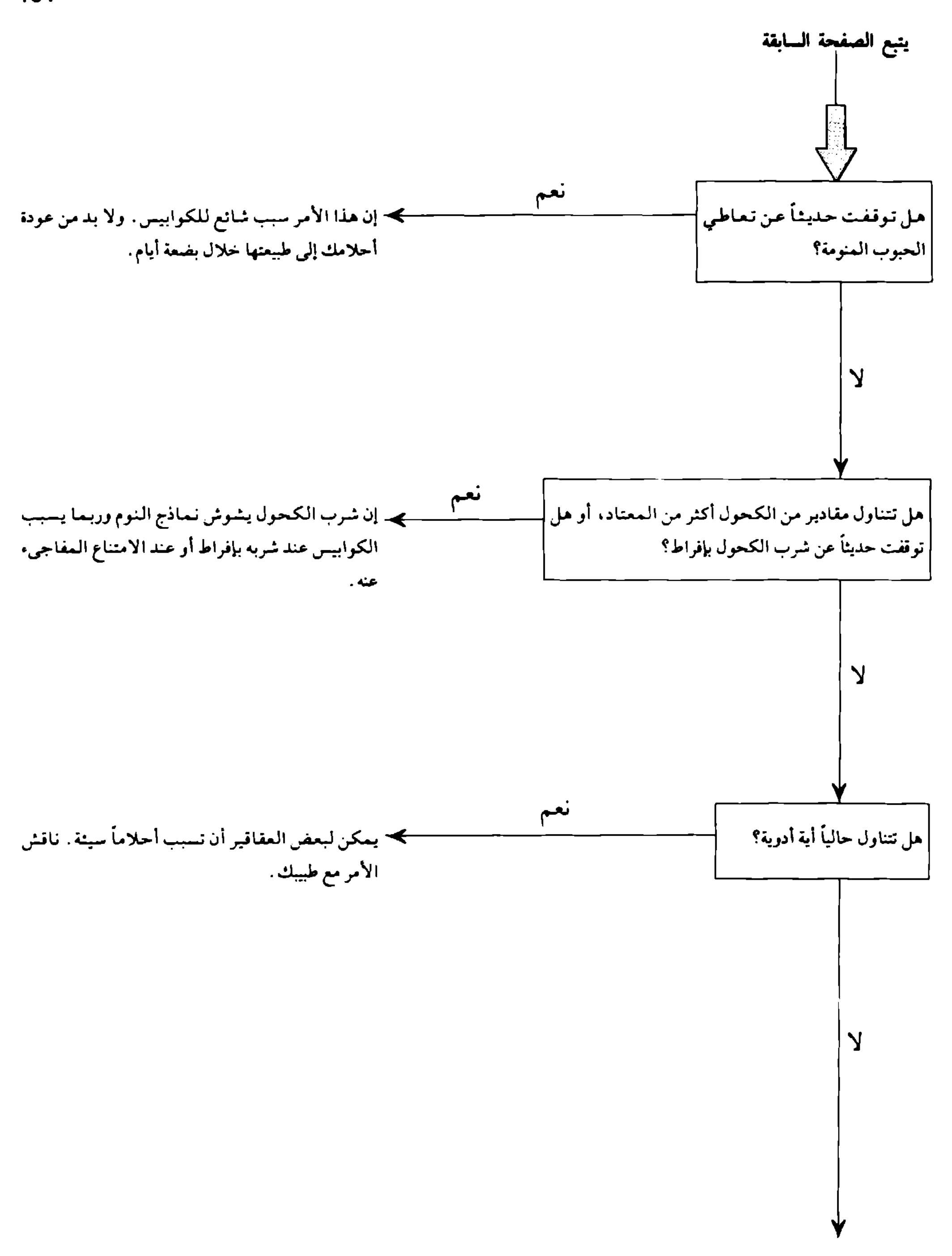


---

(1) الهَلَس: جمعها أهلاس: هو العَرَض الذي ينتج عنه فعل الهلوسة.

الكوابيس (Nightmares)





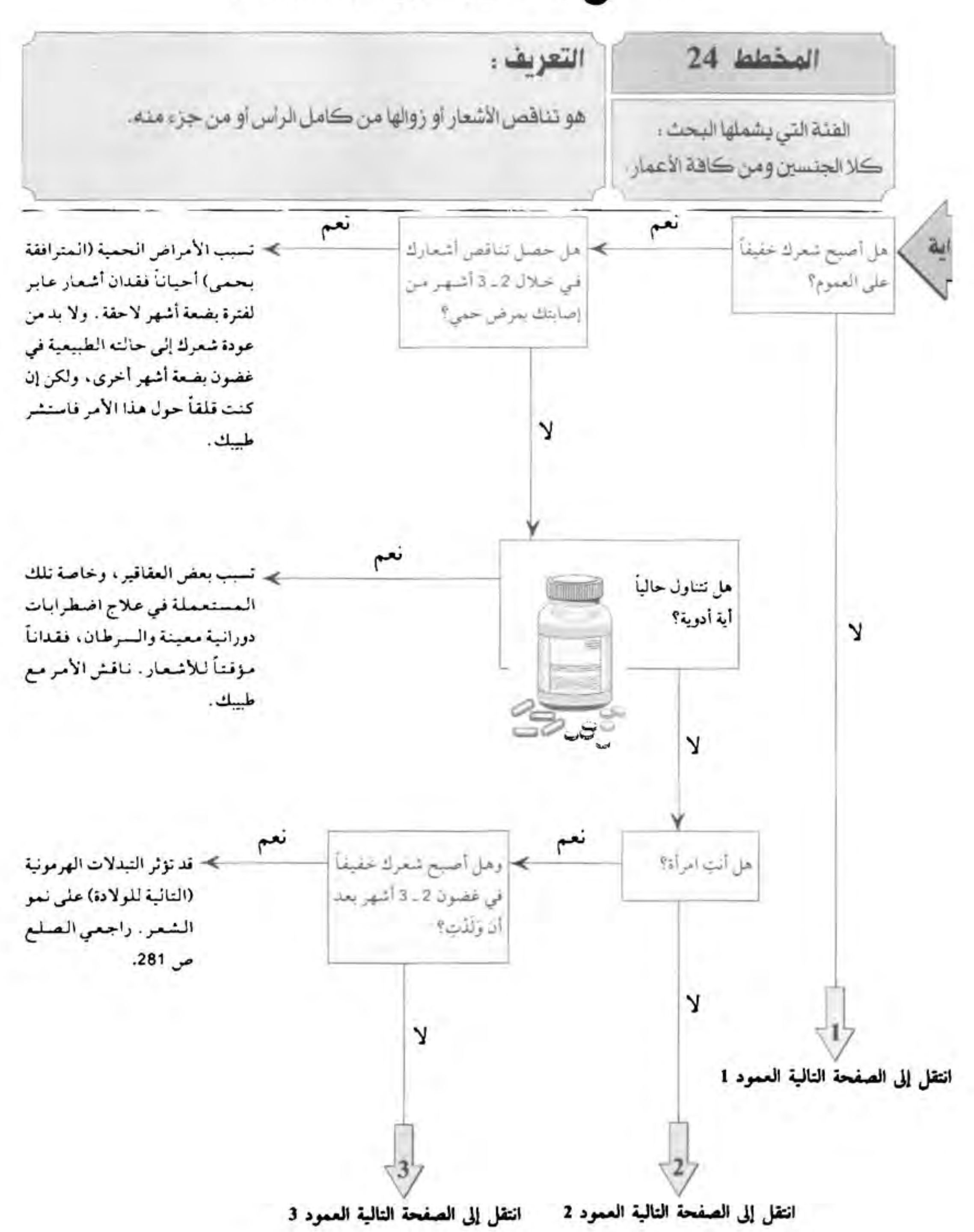
إن عجزت عن الوصول إلى تشخيص حالتك من هذا المخطط، وإذا استمر حدوث الكوابيس المزعجة معك، فاستشر طبيبك.

الصَلَع (فقدان الشعر) (Baldness)

المخطط 24

الفئة التي يشملها البحث :
كلا الجنسين ومن كافة الأعمار

التعريف :
هو تناقص الأشعار أو زوالها من كامل الرأس أو من جزء منه.



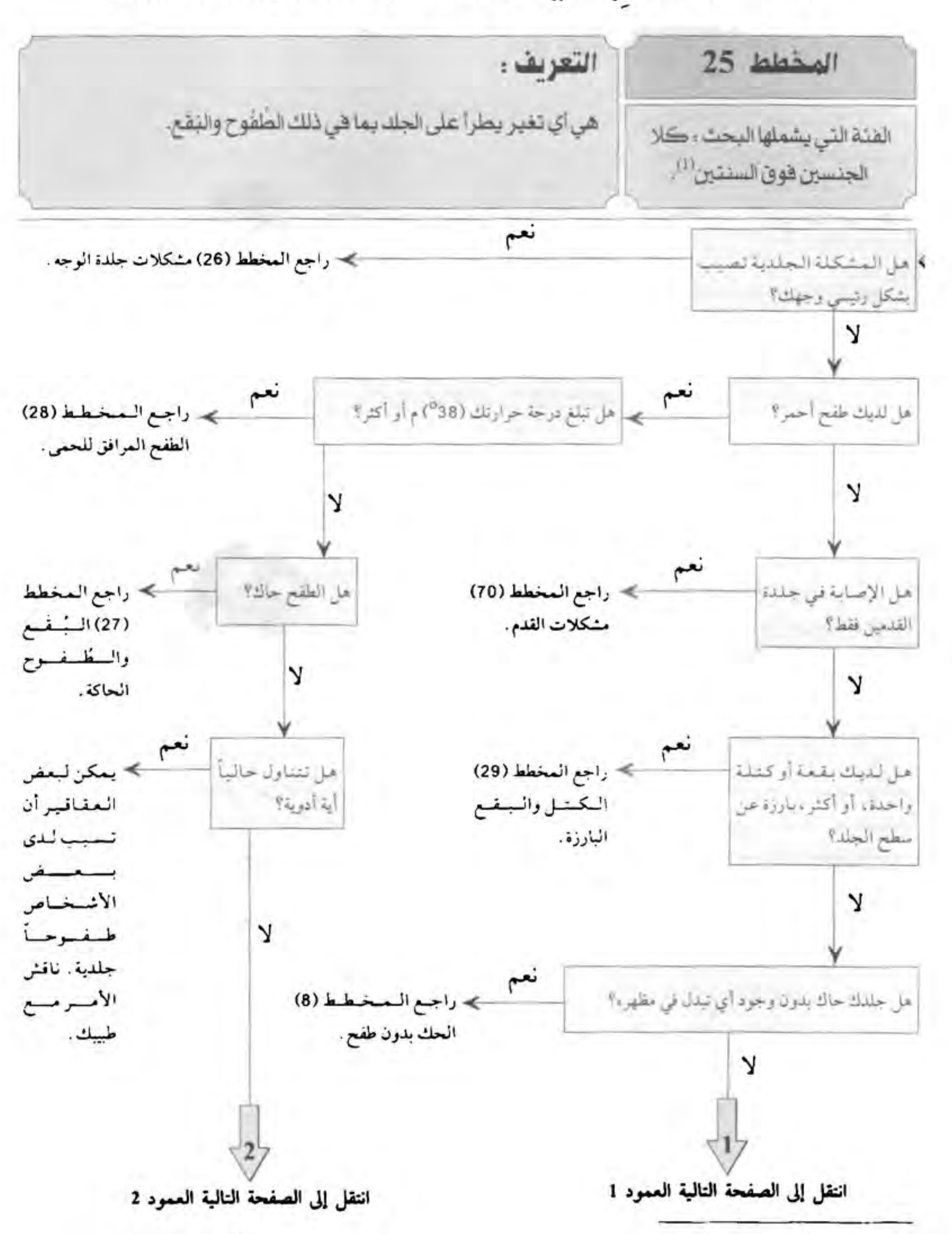


إن عجزت عن الوصول إلى تشخيص حالتك من هذا المخطط، فاستشر طبيبك.

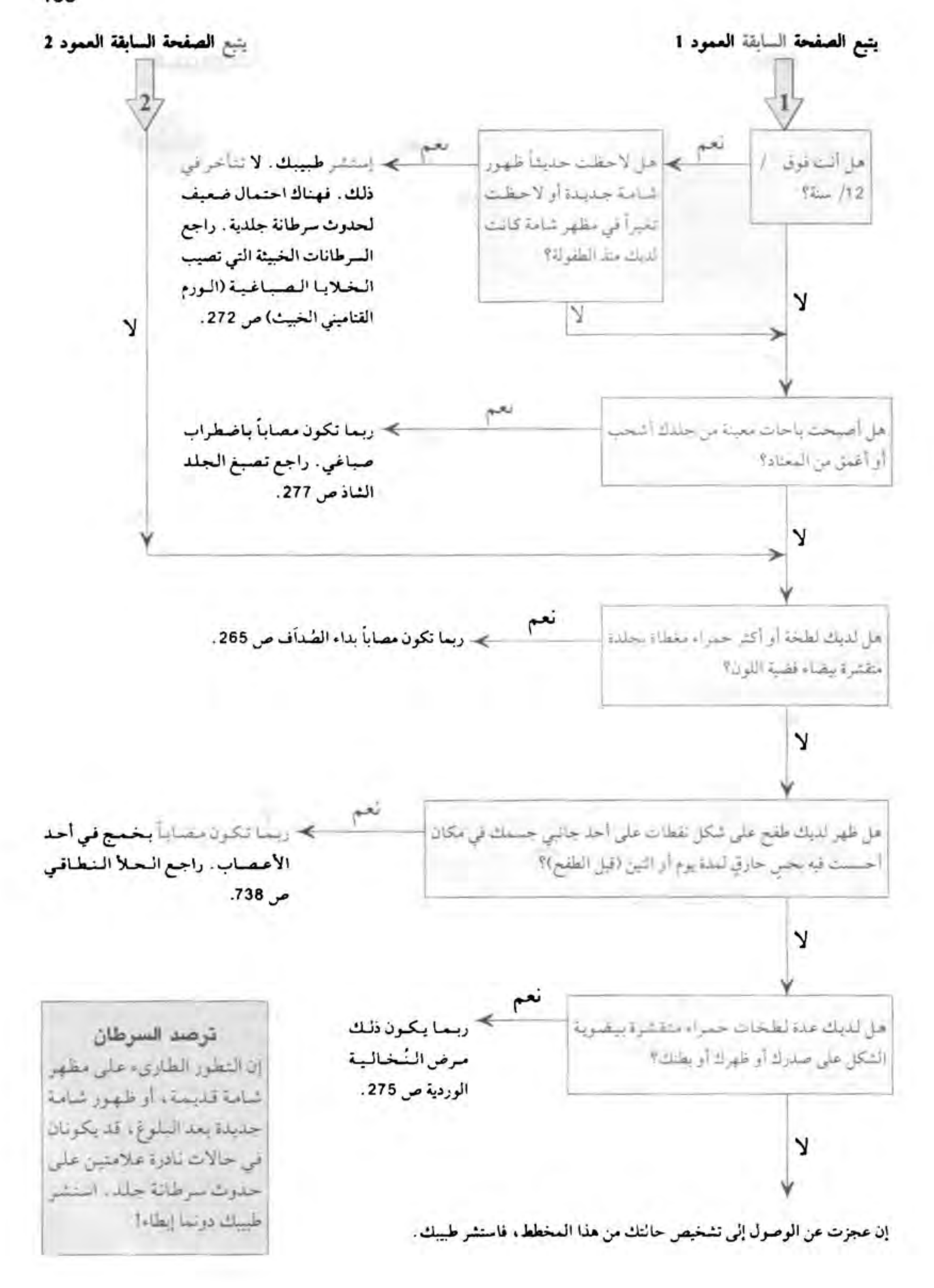
---

(1) القَصْر: هو تخفيف لون الشعر باستعمال مواد كيماوية مثل الأكسجين السائل.

مُشْكلات جِلديَّة عامَّة (General skin problems)



(1) بالنسبة للرُضعْ تحت السنتين من العمر، راجع المخطط (89) المشكلات الجلدية لدى الرُضَّع.



يتبع الصفحة السابقة العمود 1
يتبع الصفحة السابقة العمود 2
1
2
هل أنت فوق / 12/ سنة؟
نعم
هل لاحظت حديثاً ظهور شامة جديدة أو لاحظت تغيراً في مظهر شامة كانت لديك منذ الطفولة؟
نعم
إستشر طبيبك. لا تتأخر في ذلك. فهناك احتمال ضعيف لحدوث سرطانة جلدية. راجع السرطانات الخبيثة التي تصيب الخلايا الصباغية (الورم القتاميني الخبيث) ص 272.
لا
لا
لا
هل أصبحت باحات معينة من جلدك أشحب أو أغمق من المعتاد؟
نعم
ربما تكون مصاباً باضطراب صباغي. راجع تصبغ الجلد الشاذ ص 277.
لا
هل لديك لطخة أو أكثر حمراء مغطاة بجلدة متقشرة بيضاء فضية اللون؟
نعم
ربما تكون مصاباً بداء الصُداَف ص 265.
لا
هل ظهر لديك طفح على شكل نقطات على أحد جانبي جسمك في مكان احسست فيه بحس حارق لمدة يوم أو اثنين (قبل الطفح)؟
نعم
ربما تكون مصاباً بخمج في أحد الأعصاب. راجع الحلأ النطاقي ص 738.
لا
هل لديك عدة لطخات حمراء متقشرة بيضوية الشكل على صدرك أو ظهرك أو بطنك؟
نعم
ربما يكون ذلك مرض النُخالية الوردية ص 275.
لا
إن عجزت عن الوصول إلى تشخيص حالتك من هذا المخطط، فاستشر طبيبك.
ترصد السرطان
إن التطور الطارىء على مظهر شامة قديمة، أو ظهور شامة جديدة بعد البلوغ، قد يكونان في حالات نادرة علامتين على حدوث سرطانة جلد. استشر طبيبك دونما إبطاء!

مُشْكلات جِلْدَة الوَجْه (Facial skin problems)

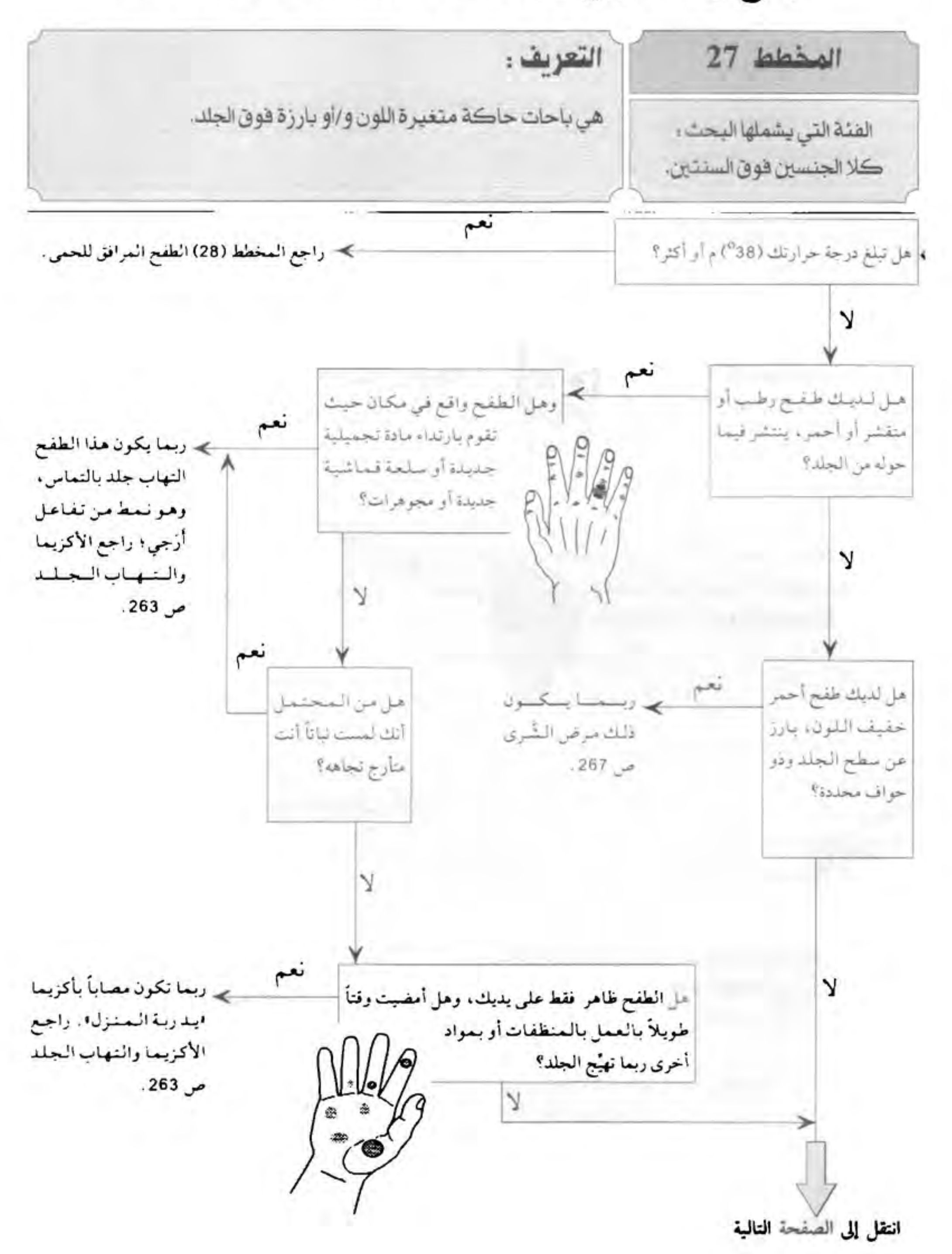


(1) بالنسبة للرضع تحت السنتين من العمر راجع المخطط (89) المشكلات الجلدية لدى الرضع.

(2) التَّبَيُّغ Flush هو احمرار الجلد بشكل عابر، قد ينجم عن الحرارة، أو التمرين، أو الكَرْب، أو المرض.


يتبع الصفحة السابقة
هل لديك نفطات سرعان ما تنفجر وتشكل قشرة تشبه منظر السكر البني؟
نعم
ربما تكون مصاباً بالقُوباء راجع ص 268، وهو خمج جلدي.
لا
هل أنت فوق / 35/ سنة من العمر؟
نعم
وهل لديك لطخات خشنة حمراء على جبهتك أو وجنتيك؟
نعم
ربما تكون مصاباً بالتَقرن الشمسي، الذي يتشكل كنتيجة للتعرض المتكرر لأشعة الشمس. راجع حروق الشمس ص 269.
لا
لا
هل ظهرت على وجهك لطخة أو كتلة غامقة؟ أو هل حدث تغير في شامة موجودة لديك منذ أمد طويل، مهما يكن هذا التغير؟
نعم
استشر طبيبك. لا تتأخر في ذلك. ربما تكون مصاباً ببساطة باضطراب غير ضار في صباغ الجلد، ولكن إن كنت قد تجاوزت البلوغ، فهناك احتمال ضعيف على وجود سرطانة جلدية. راجع تصبغ الجلد الشاذ ص 277، والورم القتاميني الخبيث ص 272.
لا
هل أصِبت بقرحة مفتوحة في وجهك أو شفتك لمدة تزيد عن 3 أسابيع؟
نعم
استشر طبيبك. لا تتأخر في ذلك! فهناك احتمال بأن يكون لديك أحد أشكال سرطان الجلد. راجع سرطان الخلايا القاعدية ص 270، وسرطان الخلايا الحرشفية ص 271.
لا
هل لديك كتلة متماسكة على وجهك تتنامى ببطء؟
نعم
لا
إن عجزت عن الوصول إلى تشخيص حالتك، من هذا المخطط، فاستشر طبيبك.
ترصد السرطان
إن أي علامة من العلامات التالية قد تكون دليلاً على سرطان الجلد:
- قرحة مفتوحة لم تشف في غضون / 3/ أسابيع.
- كتلة تنمو ببطء.
- تغير في شامة قديمة.
- بقعة أو لطخة مصطبغة جديدة.

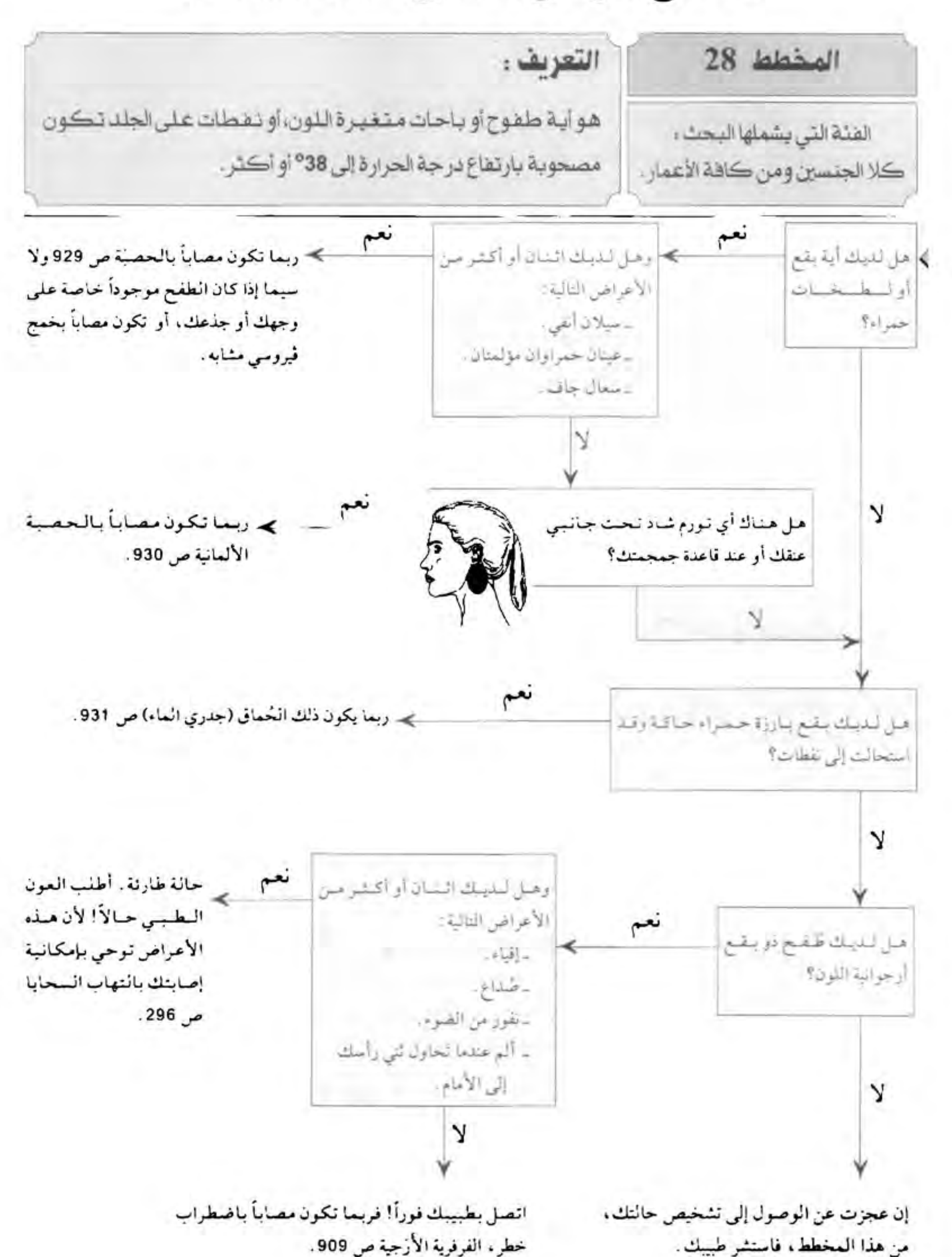
البُقَعُ والطُفوحُ الحاكَّة (Itchy spots and rashes)



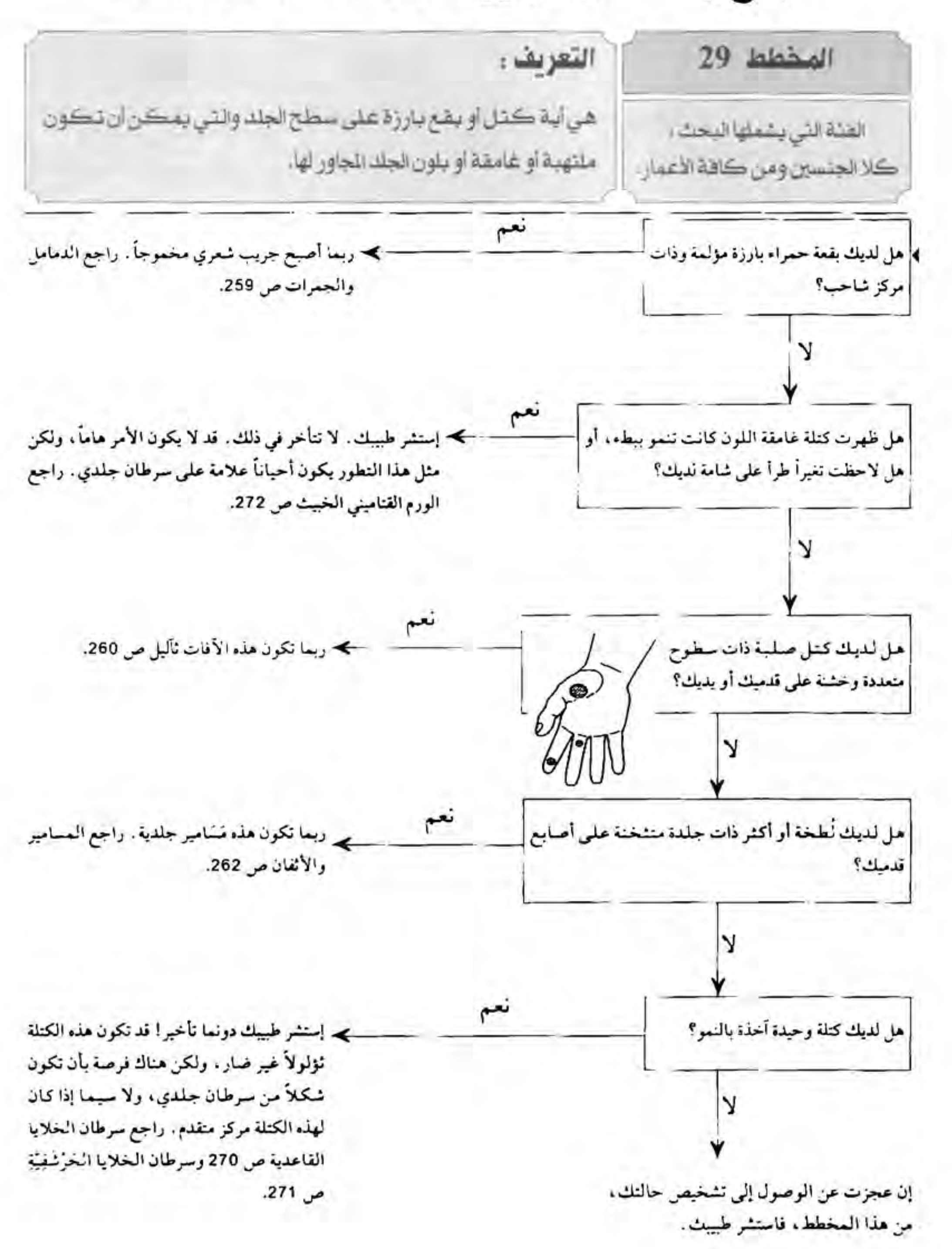


إن عجزت عن الوصول إلى تشخيص حالتك، من هذا المخطط، فاستشر طبيبك.

الطَفَح المرافق للحُمَّى (Rash with fever)



البُقع والكُتل البارزة (Raised Spots and Lumps)



المخطط 29

الفئة التي يشملها البحث، كلا الجنسين ومن كافة الأعمار.

التعريف:
هي أية كتل أو بقع بارزة على سطح الجلد والتي يمكن أن تكون ملتهبة أو غامقة أو بلون الجلد المجاور لها.

هل لديك بقعة حمراء بارزة مؤلمة وذات مركز شاحب؟
- نعم ← ربما أصبح جريب شعري مخموجاً. راجع الدمامل والجمرات ص 259.
- لا ↓

هل ظهرت كتلة غامقة اللون كانت تنمو ببطء، أو هل لاحظت تغيراً طرأ على شامة لديك؟
- نعم ← إستشر طبيبك. لا تتأخر في ذلك. قد لا يكون الأمر هاماً، ولكن مثل هذا التطور يكون أحياناً علامة على سرطان جلدي. راجع الورم القتاميني الخبيث ص 272.
- لا ↓

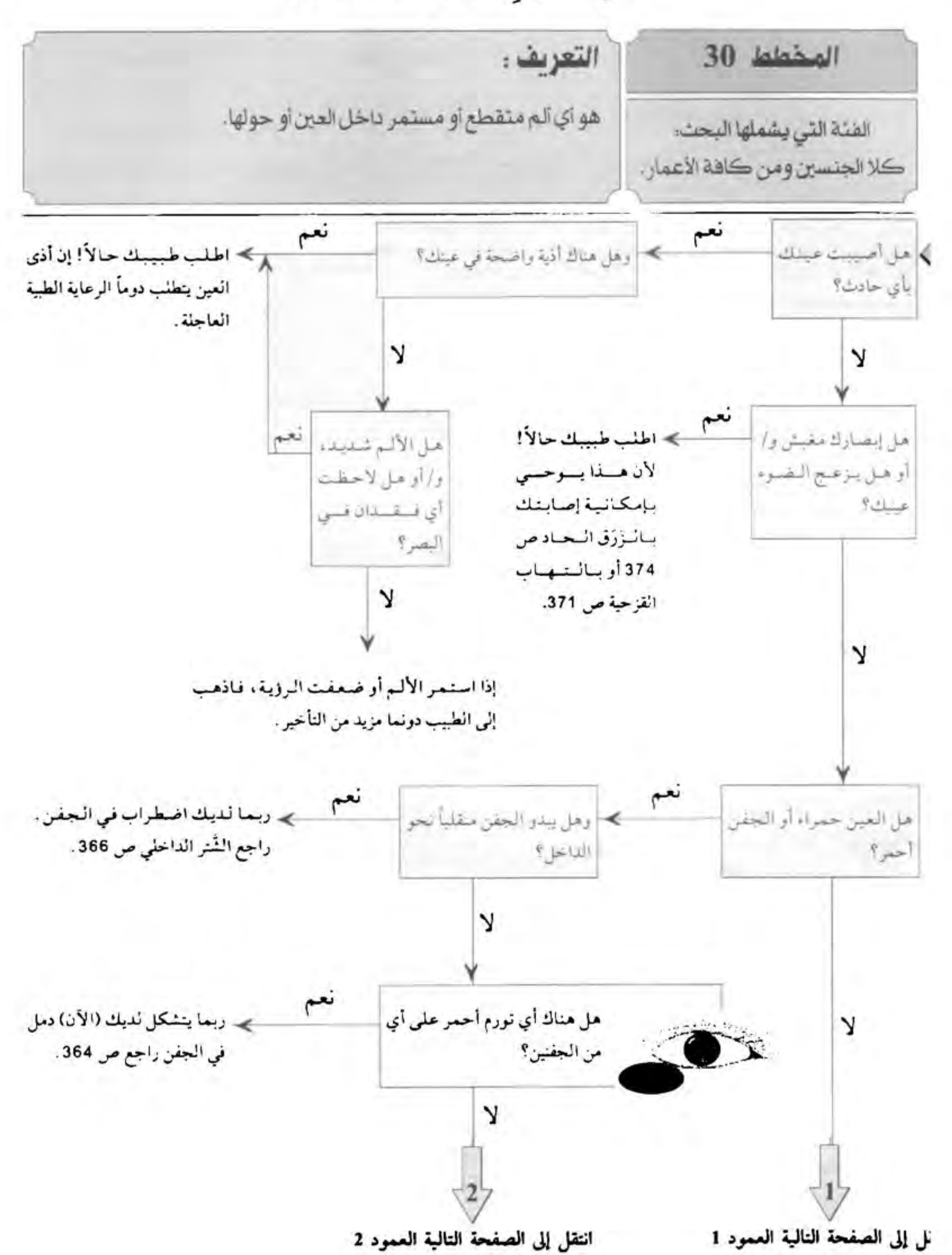
هل لديك كتل صلبة ذات سطوح متعددة وخشنة على قدميك أو يديك؟
- نعم ← ربما تكون هذه الآفات ثآليل ص 260.
- لا ↓

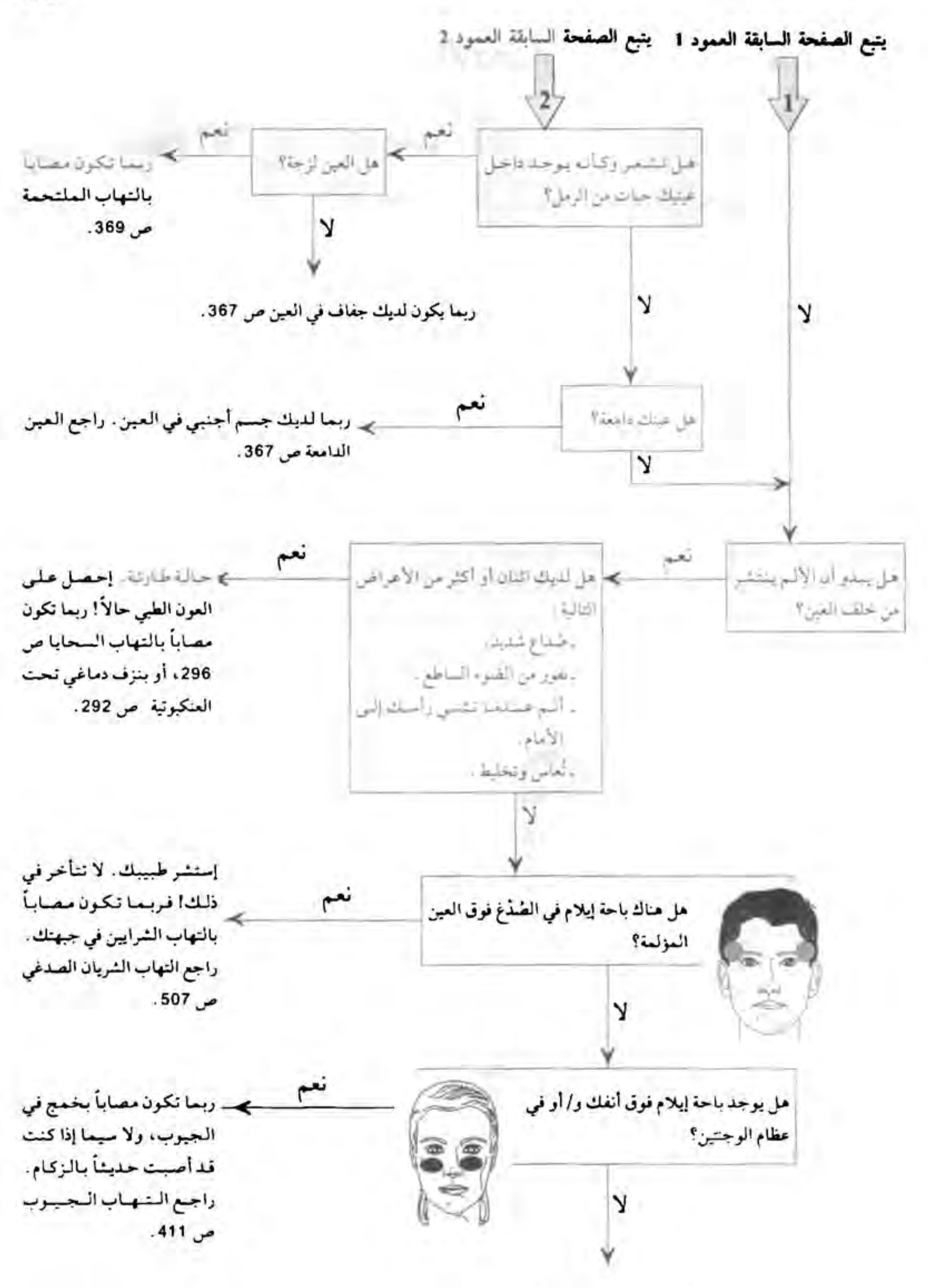
هل لديك لُطخة أو أكثر ذات جلدة متثخنة على أصابع قدميك؟
- نعم ← ربما تكون هذه مسامير جلدية. راجع المسامير والأثفان ص 262.
- لا ↓

هل لديك كتلة وحيدة آخذة بالنمو؟
- نعم ← إستشر طبيبك دونما تأخير! قد تكون هذه الكتلة ثؤلولاً غير ضار، ولكن هناك فرصة بأن تكون شكلاً من سرطان جلدي، ولا سيما إذا كان لهذه الكتلة مركز متقدم. راجع سرطان الخلايا القاعدية ص 270 وسرطان الخلايا الحَرْشَفِيَّة ص 271.
- لا ↓

إن عجزت عن الوصول إلى تشخيص حالتك، من هذا المخطط، فاستشر طبيبك.

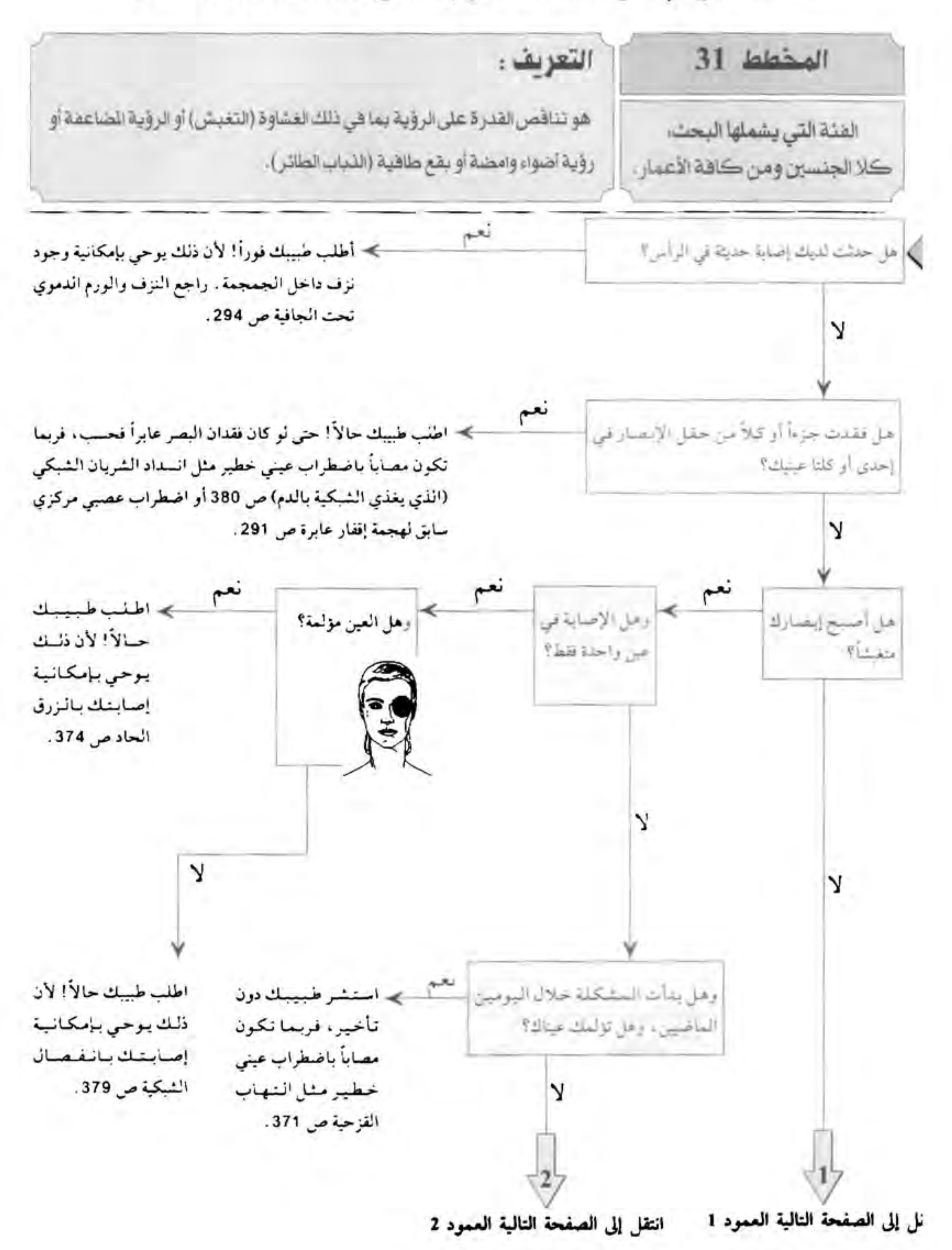
أَلَمُ العَيْنِ (Ophthalmalgia)

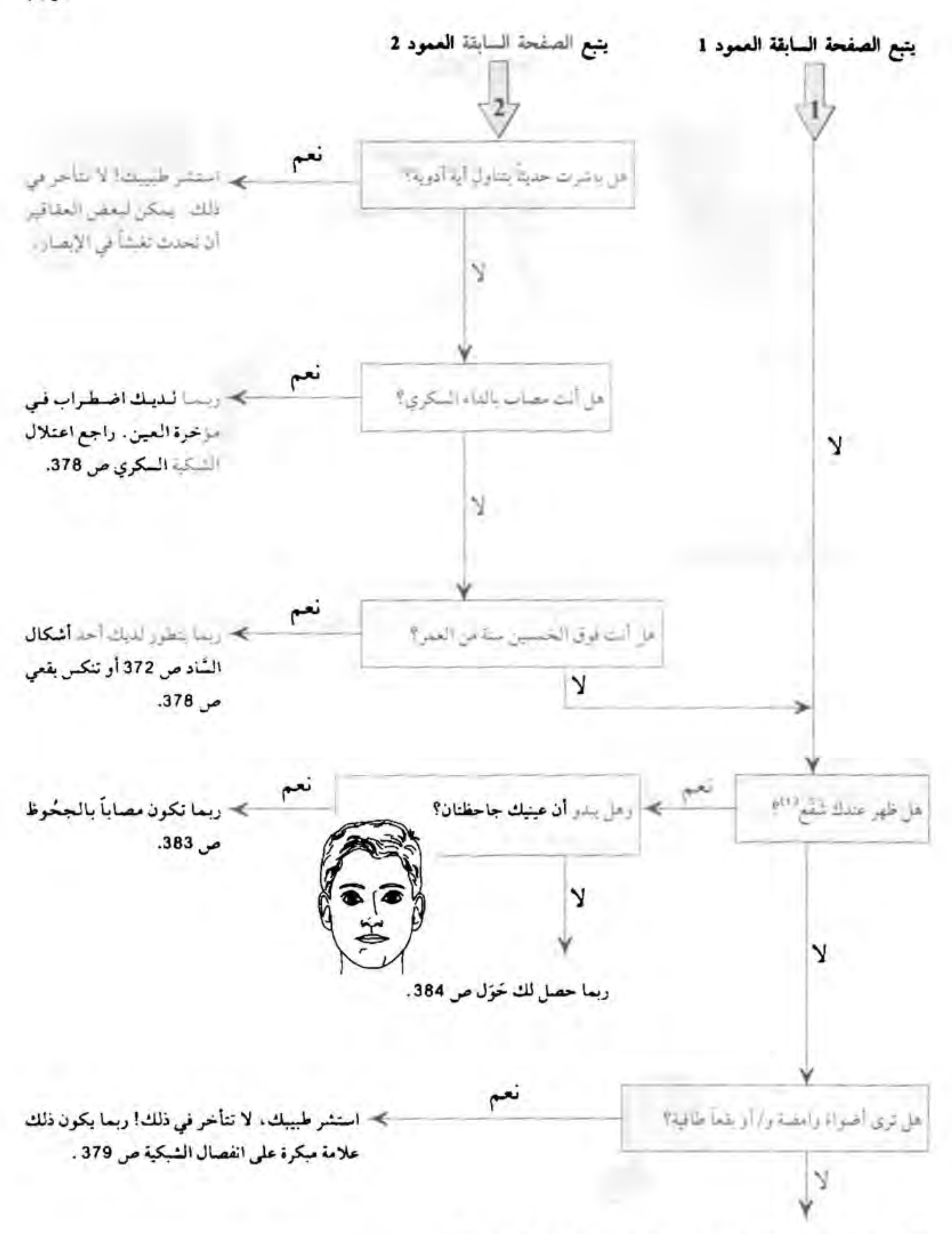




يتبع الصفحة السابقة العمود 1
يتبع الصفحة السابقة العمود 2
هل تشعر وكأنه يوجد داخل عينيك حبات من الرمل؟
نعم
هل العين لزجة؟
نعم
ربما تكون مصاباً بالتهاب الملتحمة ص 369.
لا
ربما يكون لديك جفاف في العين ص 367.
لا
هل عينك دامعة؟
نعم
ربما لديك جسم أجنبي في العين. راجع العين الدامعة ص 367.
لا
لا
هل يبدو أن الألم ينتشر من خلف العين؟
نعم
هل لديك اثنان أو أكثر من الأعراض التالية:
- صداع شديد.
- نفور من الضوء الساطع.
- ألم عندما تثني رأسك إلى الأمام.
- نعاس وتخليط.
نعم
حالة طارئة. إحصل على العون الطبي حالاً! ربما تكون مصاباً بالتهاب السحايا ص 296، أو بنزف دماغي تحت العنكبوتية ص 292.
لا
هل هناك باحة إيلام في الصُّدْغ فوق العين المؤلمة؟
نعم
إستشر طبيبك. لا تتأخر في ذلك! فربما تكون مصاباً بالتهاب الشرايين في جبهتك. راجع التهاب الشريان الصدغي ص 507.
لا
هل يوجد باحة إيلام فوق أنفك و/ أو في عظام الوجنتين؟
نعم
ربما تكون مصاباً بخمج في الجيوب، ولا سيما إذا كنت قد أصبت حديثاً بالزكام. راجع التهاب الجيوب ص 411.
لا
إن عجزت عن الوصول إلى تشخيص حالتك من هذا المخطط، فاستشر طبيبك.

اضْطراب أو ضَعف الإبصَار (Vision impairment)





إن عجزت عن الوصول إلى تشخيص حالتك من هذا المخطط فاستشر طبيبك.

---

(1) الشَفَع هو الرؤية المضاعفة، وهو خيال مرافق للجسم المرئي.

أَلَمُ الأُذُن (Ear ache)



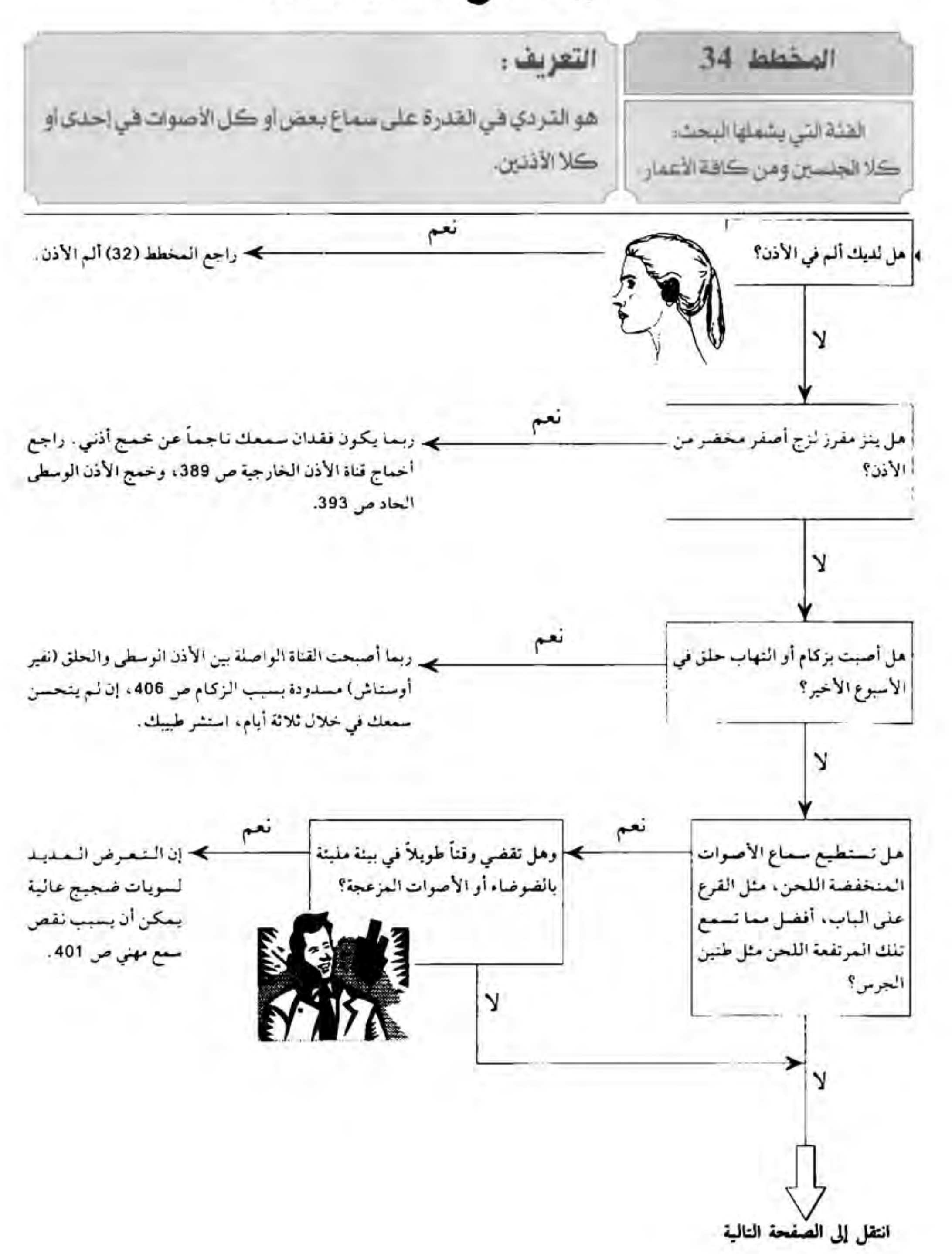
إن عجزت عن الوصول إلى تشخيص حالتك من هذا المخطط، فاستشر طبيبك.

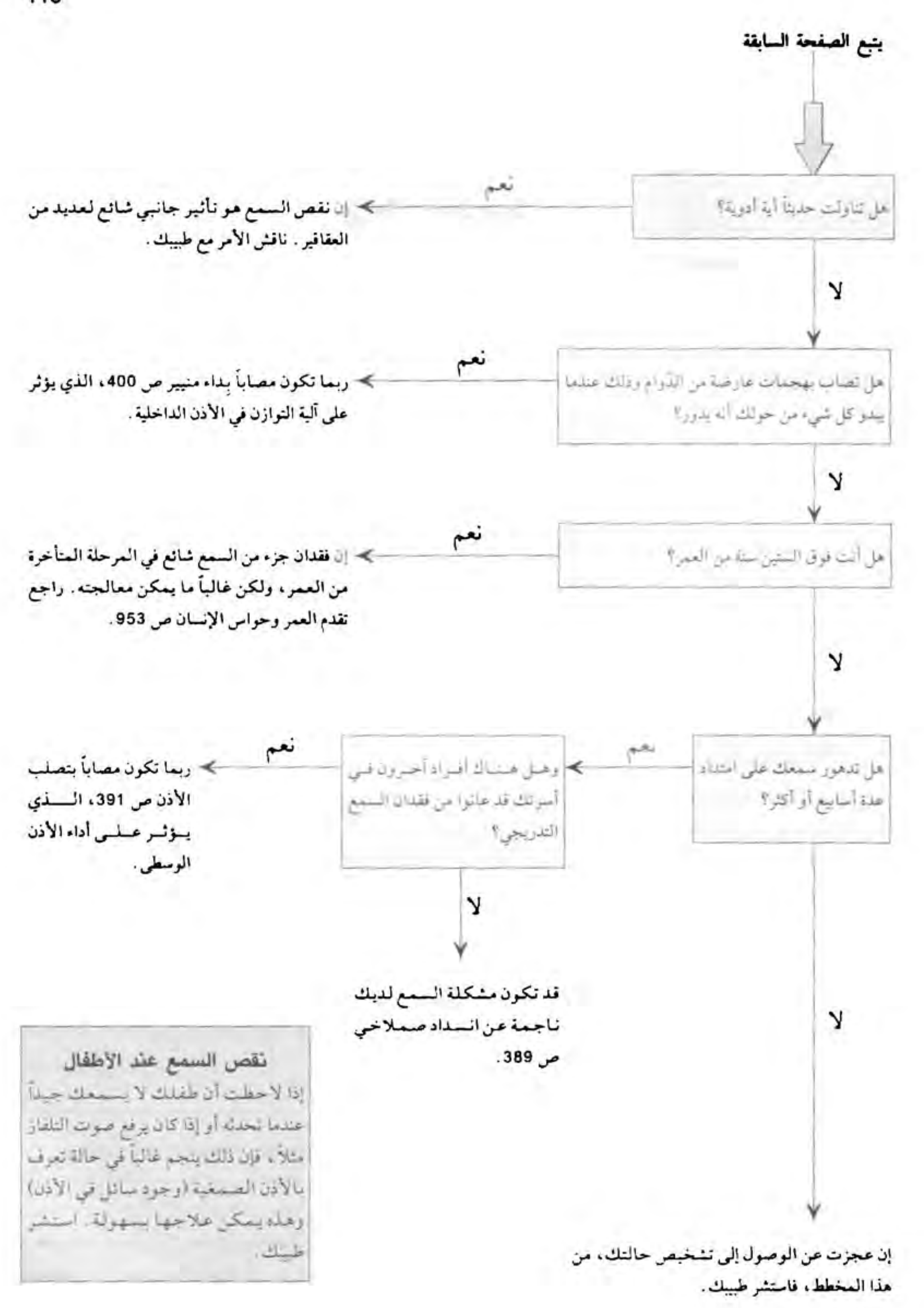
الَضجيجُ في الأُذن (Tinnitus)



إن عجزت عن الوصول إلى تشخيص حالتك، من هذا المخطط، فاستشر طبيبك.

نَقْصُ السَّمْع (Hearing loss)




يتبع الصفحة السابقة
هل تناولت حديثاً أية أدوية؟
نعم
إن نقص السمع هو تأثير جانبي شائع لعديد من العقاقير. ناقش الأمر مع طبيبك.
لا
هل تصاب بهجمات عارضة من الدّوام وذلك عندما يبدو كل شيء من حولك أنه يدور؟
نعم
ربما تكون مصاباً بداء منيير ص 400، الذي يؤثر على آلية التوازن في الأذن الداخلية.
لا
هل أنت فوق الستين سنة من العمر؟
نعم
إن فقدان جزء من السمع شائع في المرحلة المتأخرة من العمر، ولكن غالباً ما يمكن معالجته. راجع تقدم العمر وحواس الإنسان ص 953.
لا
هل تدهور سمعك على امتداد عدة أسابيع أو أكثر؟
نعم
وهل هناك أفراد آخرون في أسرتك قد عانوا من فقدان السمع التدريجي؟
نعم
ربما تكون مصاباً بتصلب الأذن ص 391، الذي يؤثر على أداء الأذن الوسطى.
لا
قد تكون مشكلة السمع لديك ناجمة عن انسداد صملاخي ص 389.
لا
إن عجزت عن الوصول إلى تشخيص حالتك، من هذا المخطط، فاستشر طبيبك.
نقص السمع عند الأطفال
إذا لاحظت أن طفلك لا يسمعك جيداً عندما تحدثه أو إذا كان يرفع صوت التلفاز مثلاً، فإن ذلك ينجم غالباً في حالة تعرف بالأذن الصمغية (وجود سائل في الأذن) وهذه يمكن علاجها بسهولة. استشر طبيبك.

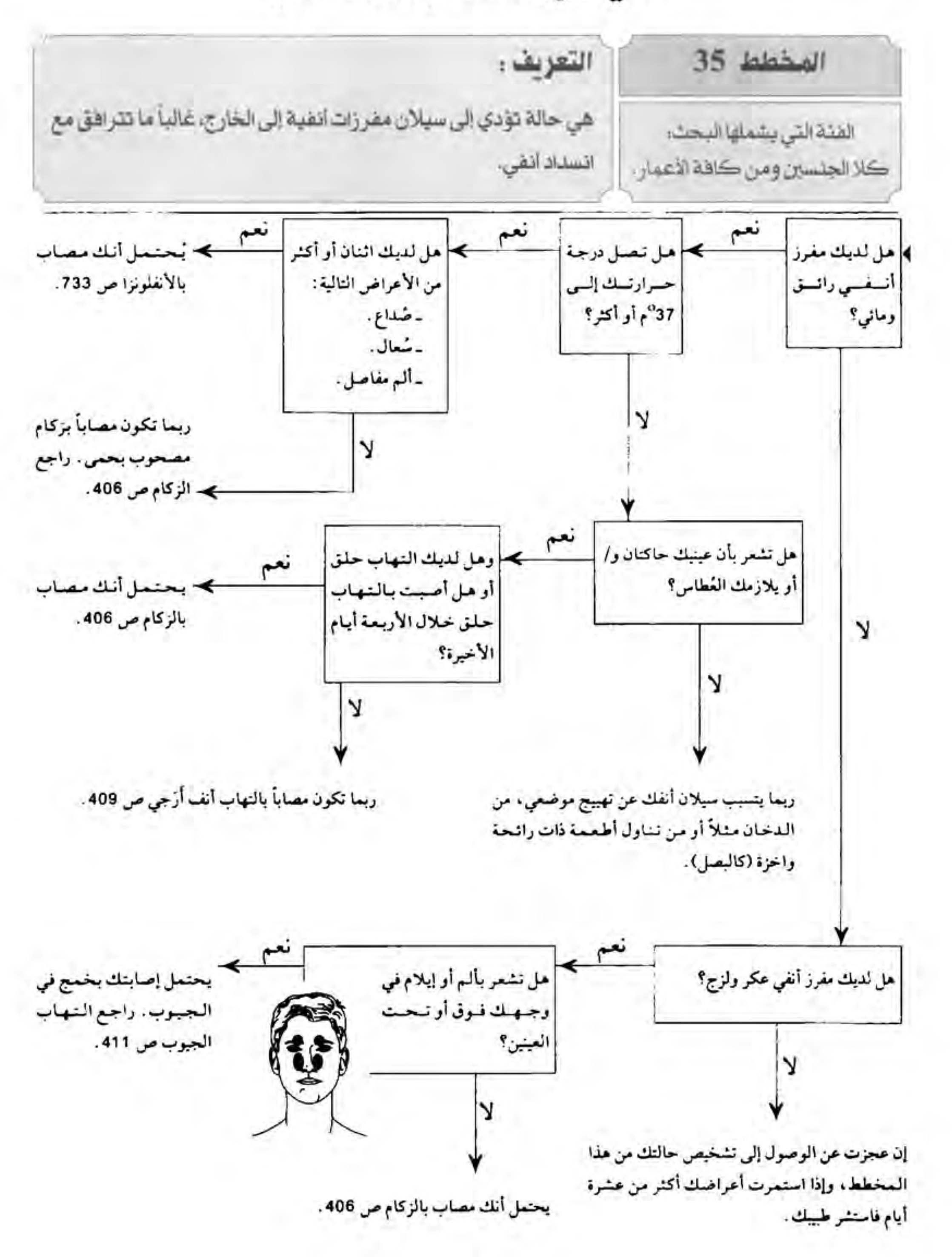
سَيلانُ الأنف (Rhinorrhea)

المخطط 35

الفئة التي يشملها البحث:
كلا الجنسين ومن كافة الأعمار.

التعريف:

هي حالة تؤدي إلى سيلان مفرزات أنفية إلى الخارج، غالباً ما تترافق مع انسداد أنفي.



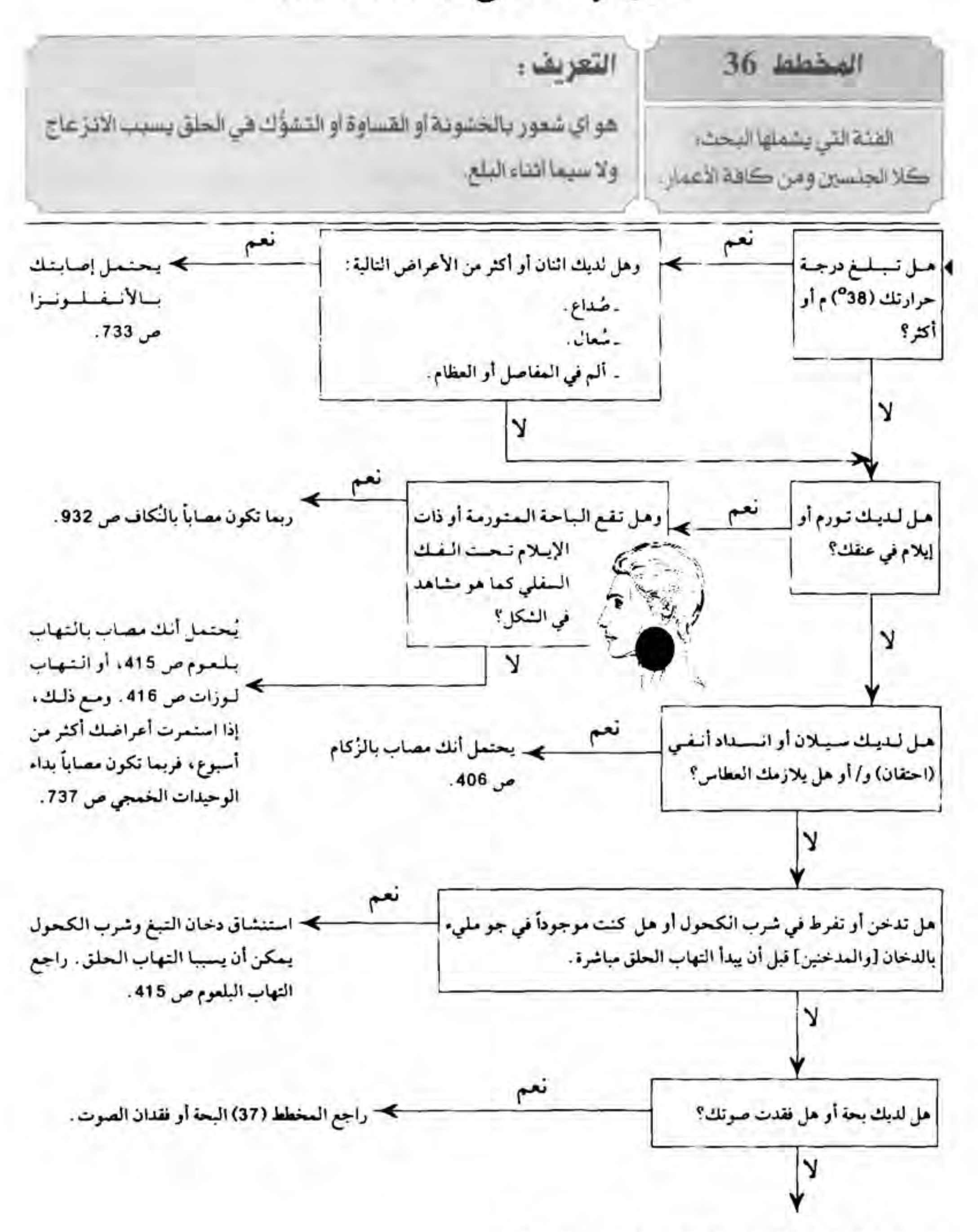
التِهابُ الحَلْق (Sore throat)

المخطط 36

الفئة التي يشملها البحث: كلا الجنسين ومن كافة الأعمار.

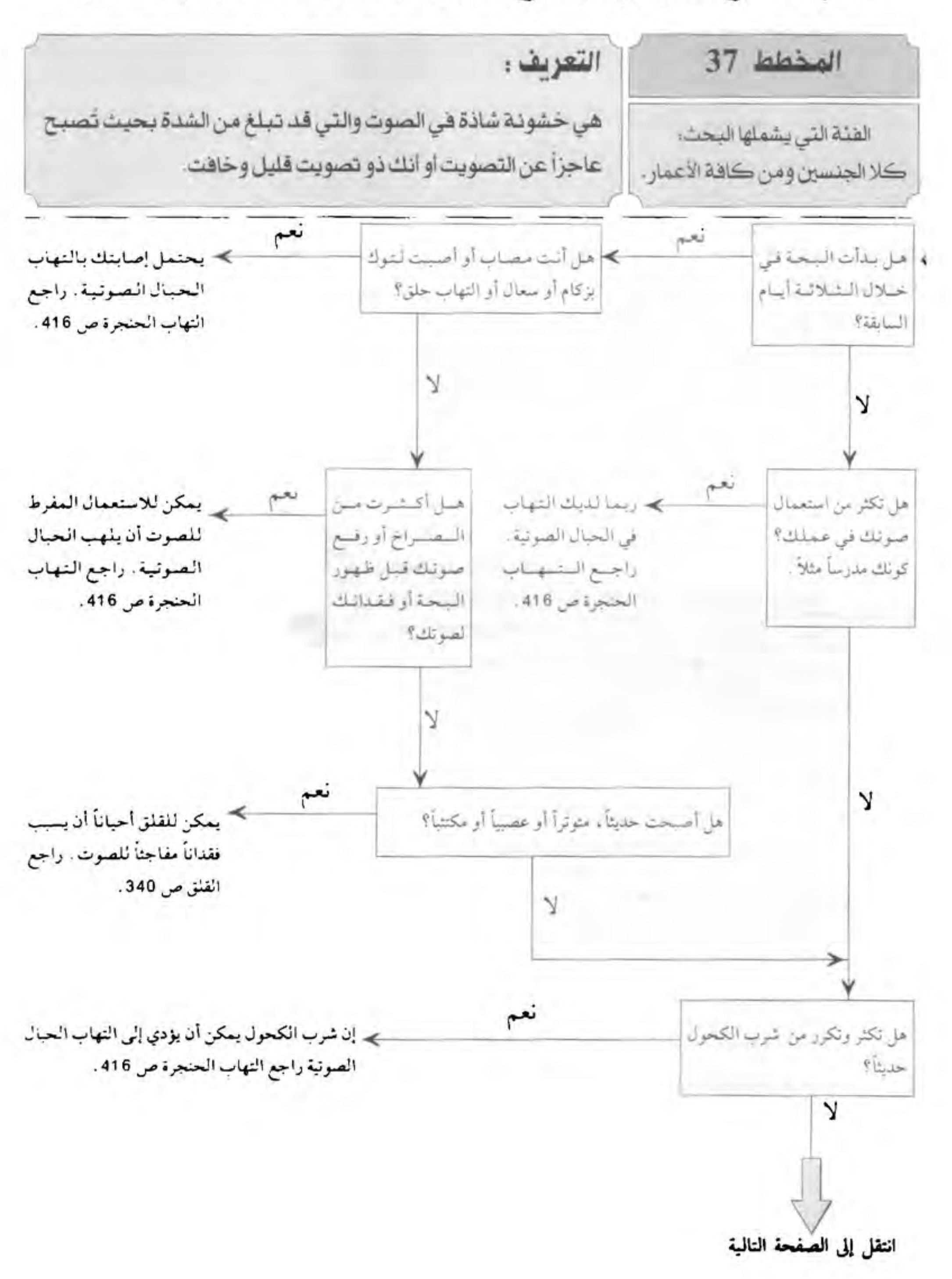
التعريف:

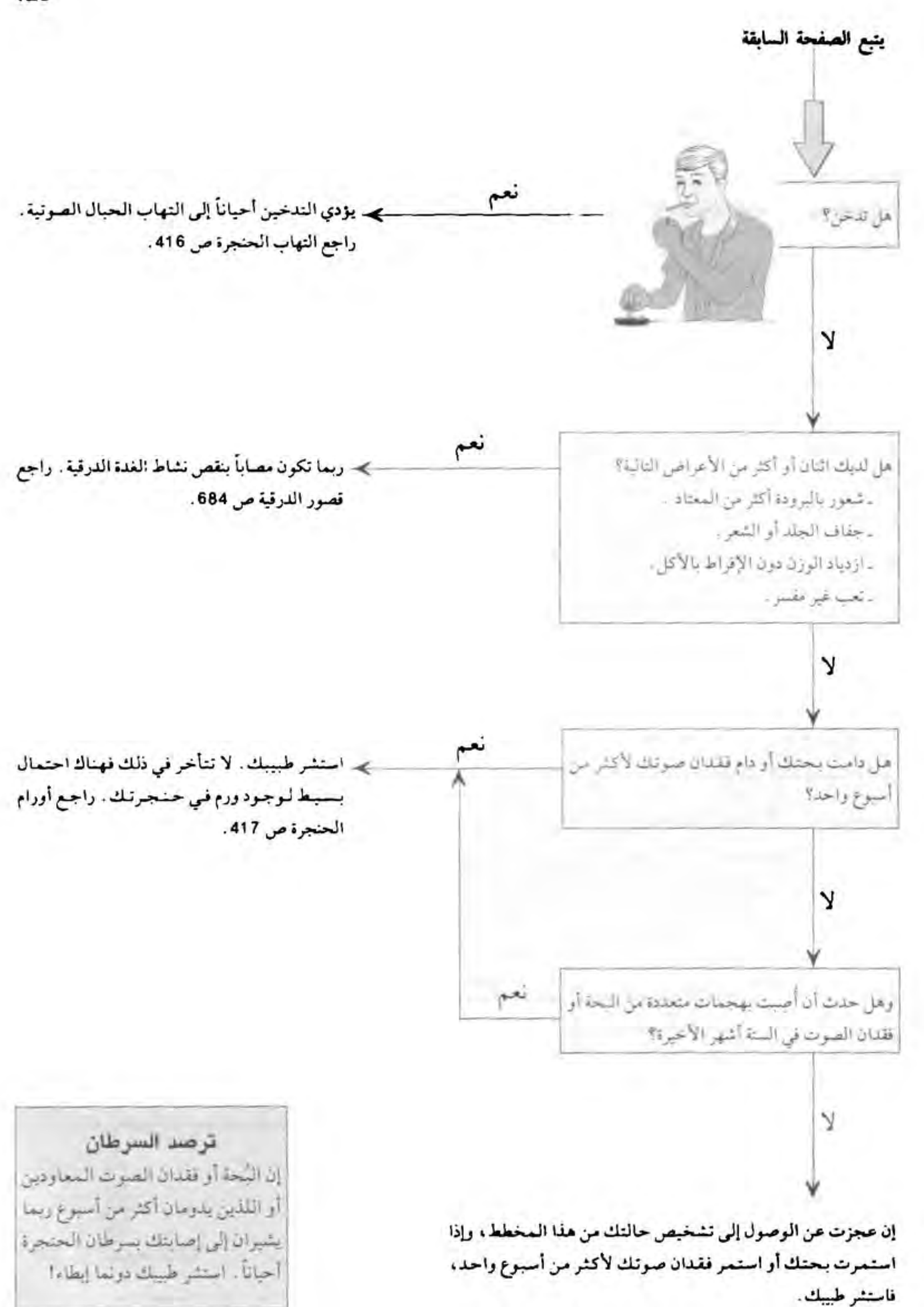
هو اي شعور بالخشونة أو القساوة أو التشوُّك في الحلق يسبب الانزعاج ولا سيما اثناء البلع.



إذا عجزت عن الوصول إلى تشخيص حالتك من هذا المخطط واستمر التهاب حلقك لما يزيد عن (48) ساعة، فاستشر طبيبك.

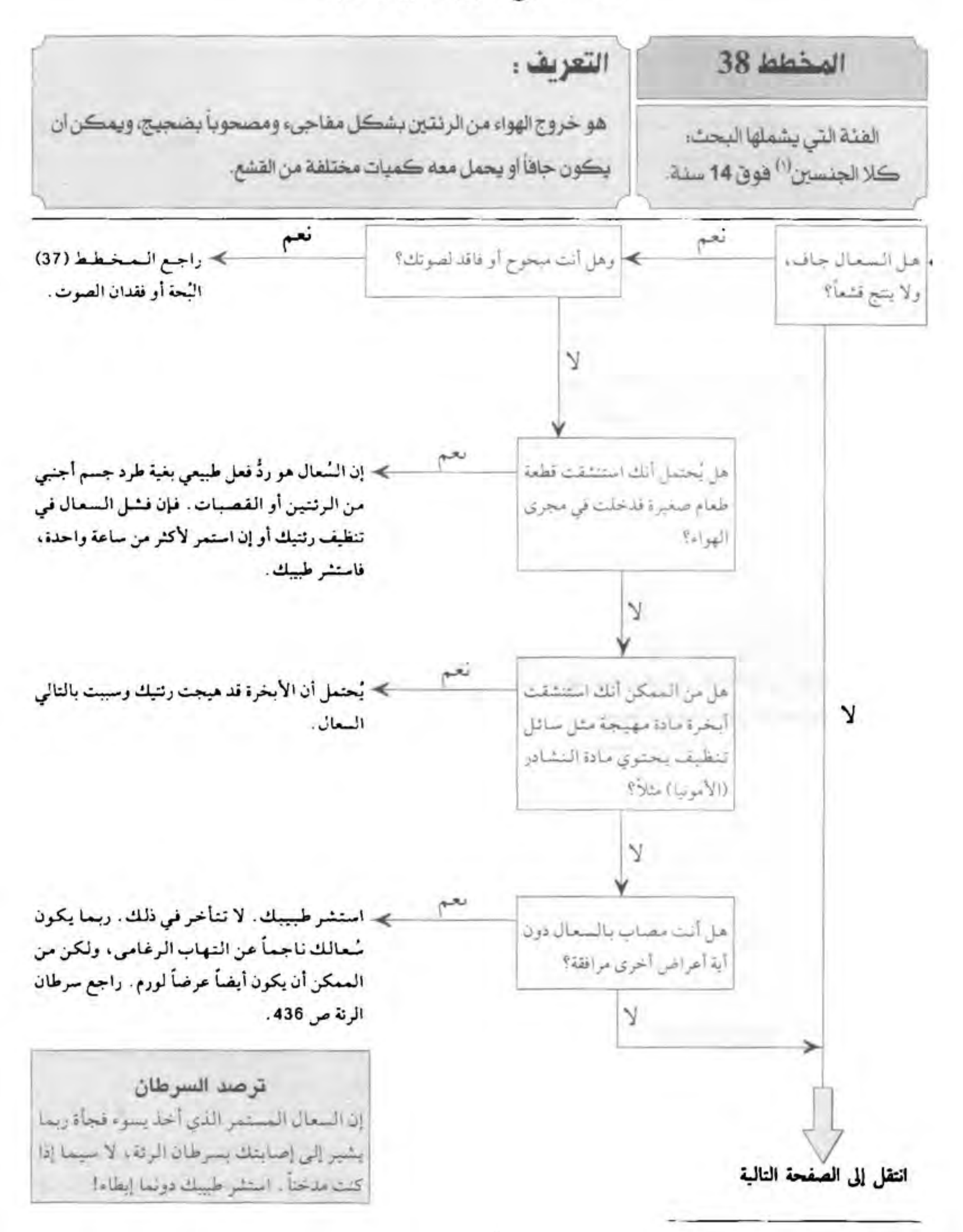
البُحَّة أو فُقْدانُ الصَّوت (Hoarseness or loss of voice)





يتبع الصفحة السابقة
هل تدخن؟
نعم
يؤدي التدخين أحياناً إلى التهاب الحبال الصوتية. راجع التهاب الحنجرة ص 416.
لا
هل لديك اثنان أو أكثر من الأعراض التالية؟
ـ شعور بالبرودة أكثر من المعتاد.
ـ جفاف الجلد أو الشعر.
ـ ازدياد الوزن دون الإفراط بالأكل.
ـ تعب غير مفسر.
نعم
ربما تكون مصاباً بنقص نشاط الغدة الدرقية. راجع قصور الدرقية ص 684.
لا
هل دامت بحتك أو دام فقدان صوتك لأكثر من أسبوع واحد؟
نعم
استشر طبيبك. لا تتأخر في ذلك فهناك احتمال بسيط لوجود ورم في حنجرتك. راجع أورام الحنجرة ص 417.
لا
وهل حدث أن أصبت بهجمات متعددة من البحة أو فقدان الصوت في الستة أشهر الأخيرة؟
نعم
لا
إن عجزت عن الوصول إلى تشخيص حالتك من هذا المخطط، وإذا استمرت بحتك أو استمر فقدان صوتك لأكثر من أسبوع واحد، فاستشر طبيبك.
ترصد السرطان
إن البُحة أو فقدان الصوت المعاودين أو اللذين يدومان أكثر من أسبوع ربما يشيران إلى إصابتك بسرطان الحنجرة أحياناً. استشر طبيبك دونما إبطاء!

السُّعال (Coughing)



(1) من أجل الأطفال راجع المخطط (95) السعال لدى الأطفال.



إن عجزت عن الوصول إلى تشخيص حالتك، من هذا المخطط، فاستشر طبيبك.

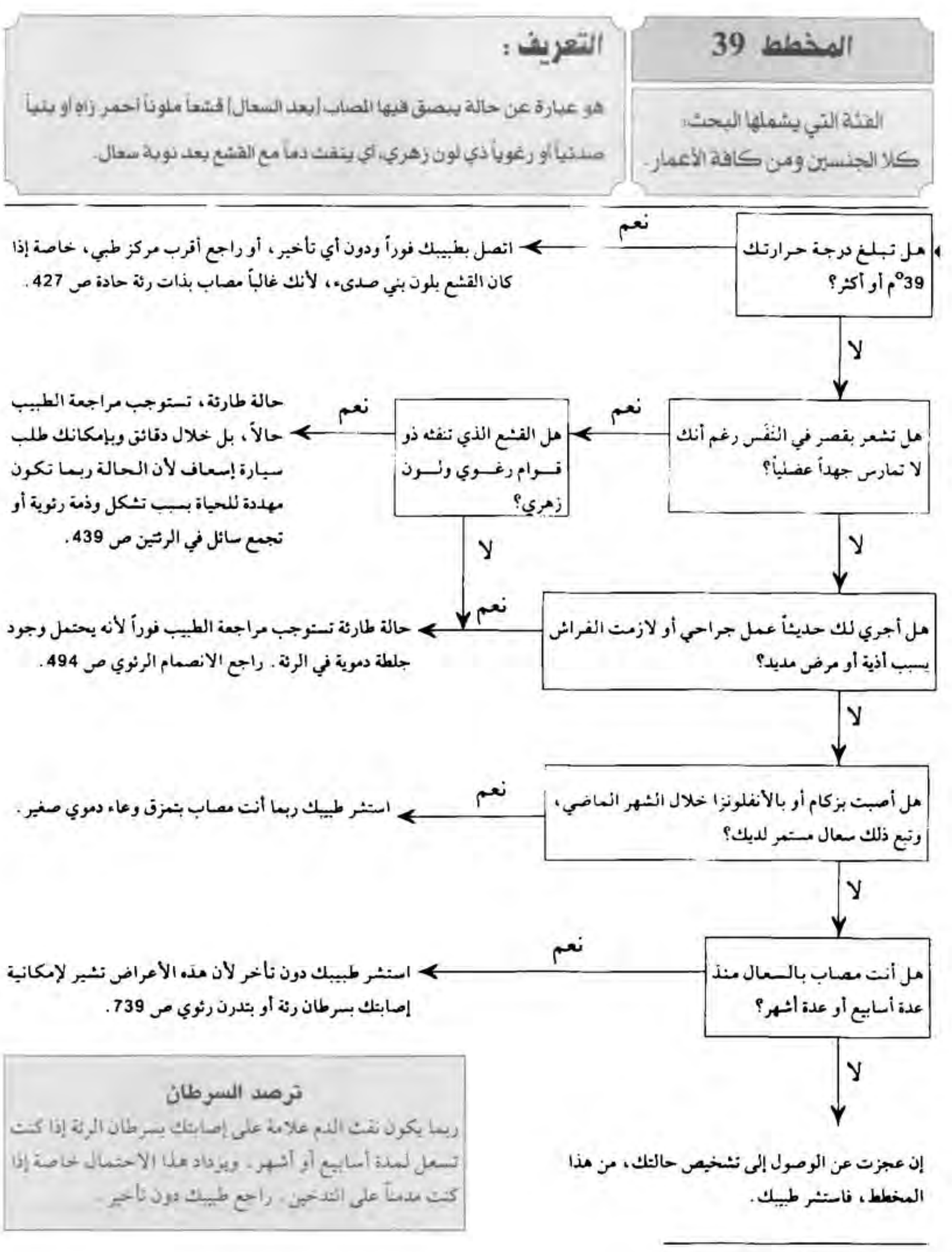
السُّعال المُدمّى[1] (Hemoptysis)

المخطط 39

الفئة التي يشملها البحث:
كلا الجنسين ومن كافة الأعمار.

التعريف :

هو عبارة عن حالة يبصق فيها المصاب [بعد السعال] قشعاً ملوناً أحمر زاهٍ أو بنياً صدئياً أو رغوياً ذي لون زهري، أي ينفث دماً مع القشع بعد نوبة سعال.



ترصد السرطان

ربما يكون نفث الدم علامة على إصابتك بسرطان الرئة إذا كنت تسعل لمدة أسابيع أو أشهر. ويزداد هذا الاحتمال خاصة إذا كنت مدمناً على التدخين. راجع طبيبك دون تأخير.

(1) نفث الدم أو نتق الدم.

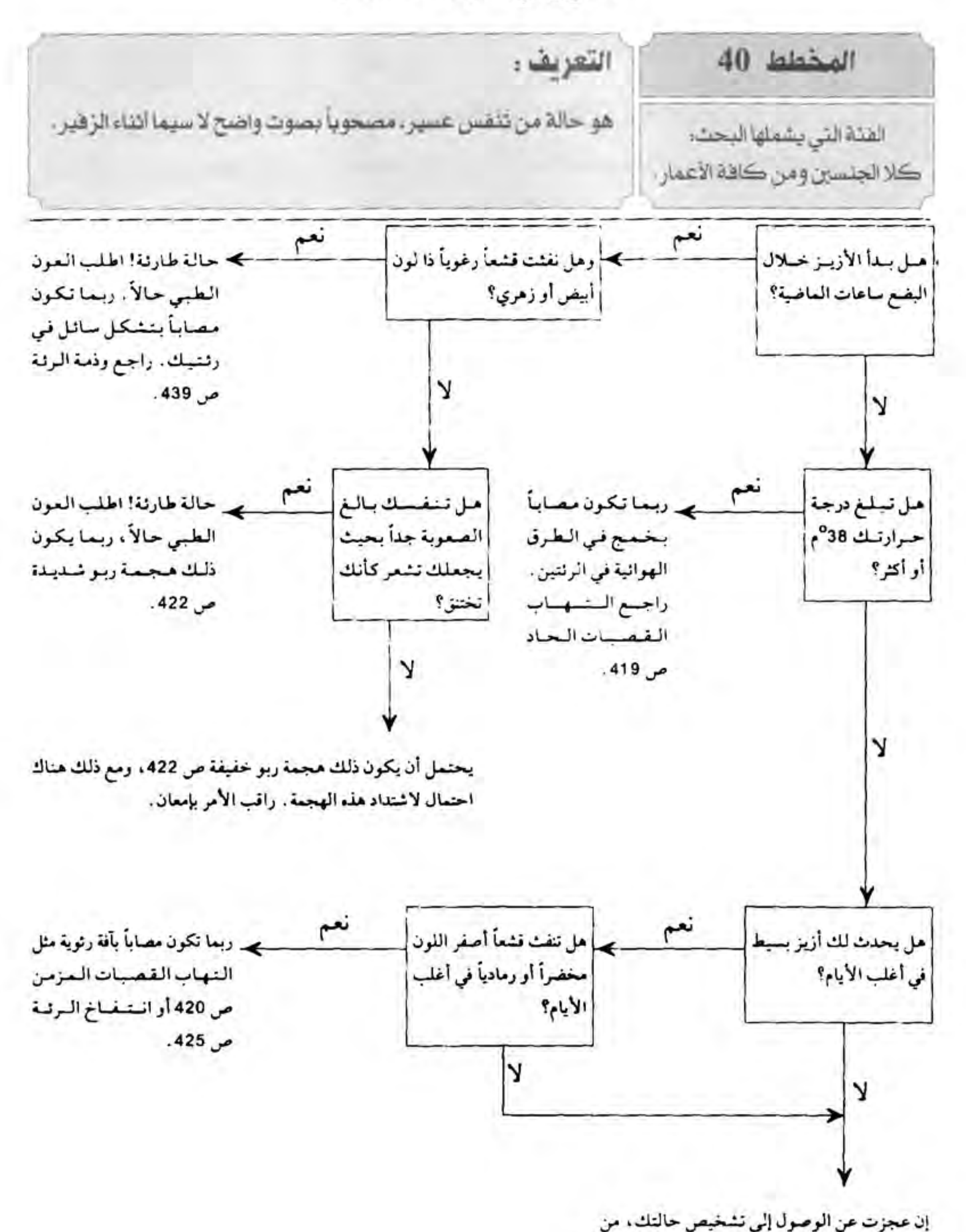
الأَزيـز (Wheezing)

المخطط 40

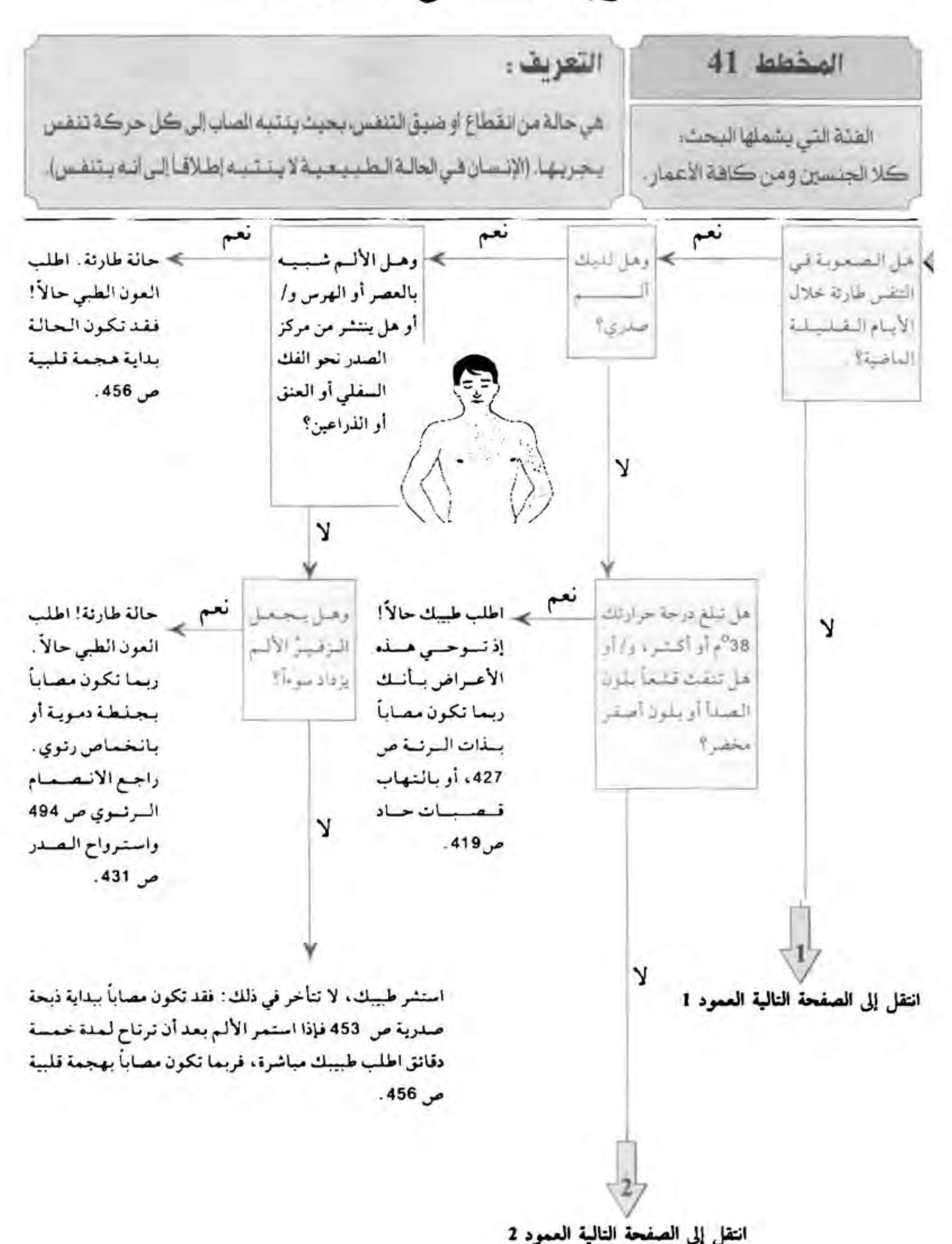
الفئة التي يشملها البحث: كلا الجنسين ومن كافة الأعمار.

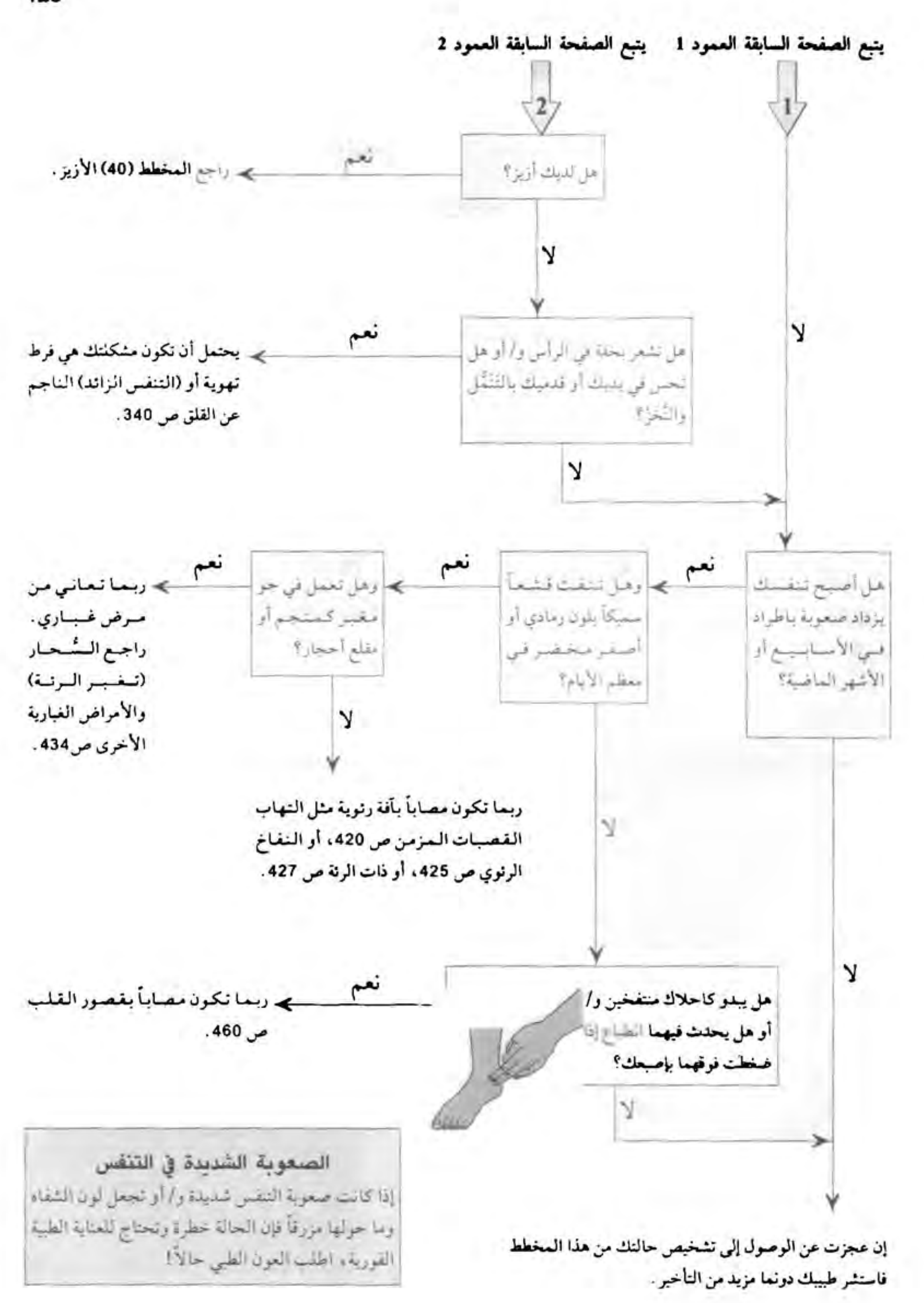
التعريف:

هو حالة من تنفس عسير، مصحوباً بصوت واضح لا سيما أثناء الزفير.



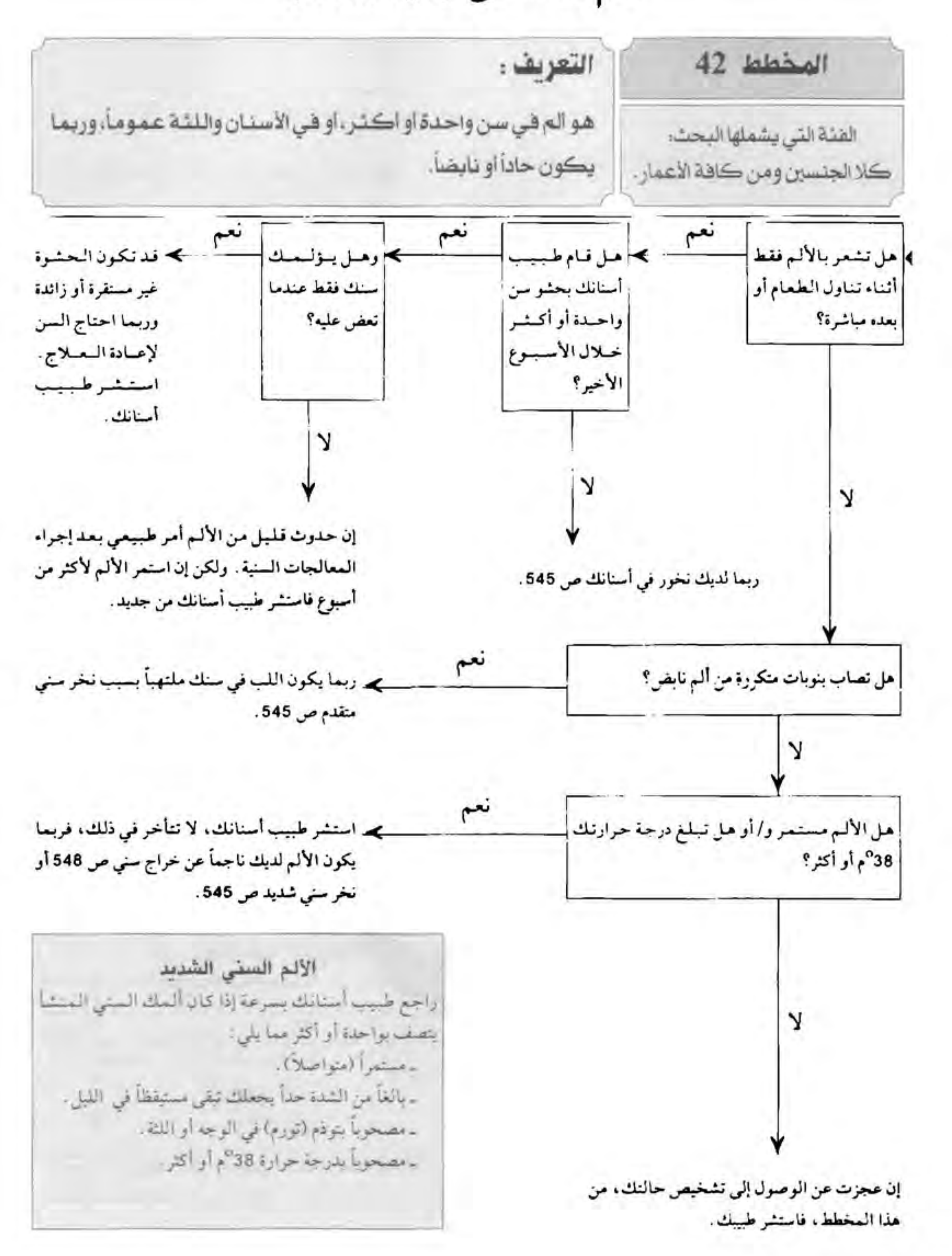
صُعوبَةُ التَنَفُّس (Dyspnea)



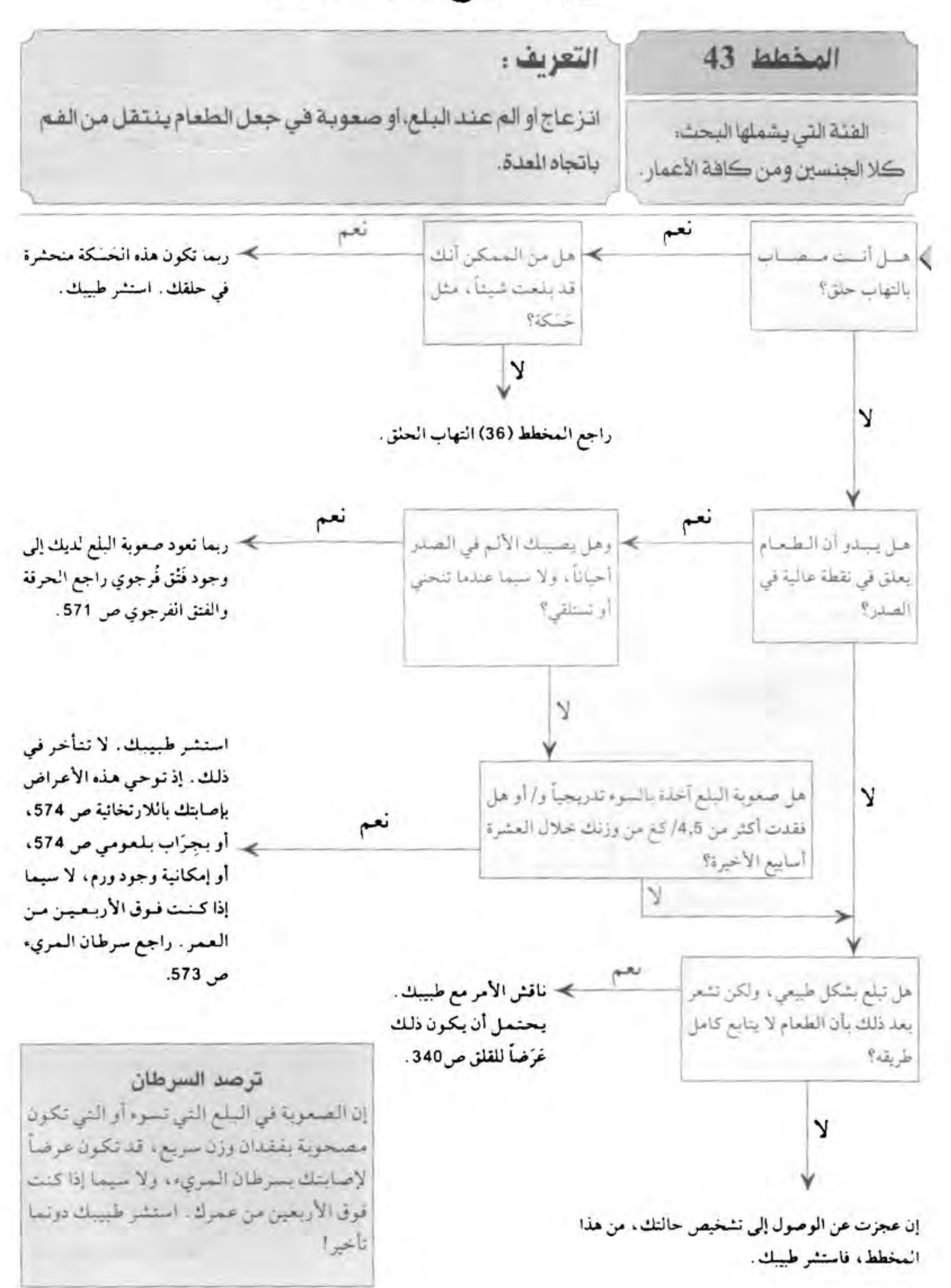


يتبع الصفحة السابقة العمود 1
يتبع الصفحة السابقة العمود 2
1
2
هل لديك أزيز؟
نعم
راجع المخطط (40) الأزيز.
لا
هل تشعر بخفة في الرأس و/ أو هل تحس في يديك أو قدميك بالتنمّل والنّخز؟
نعم
يحتمل أن تكون مشكلتك هي فرط تهوية أو (التنفس الزائد) الناجم عن القلق ص 340.
لا
لا
هل أصبح تنفسك يزداد صعوبة باطراد في الأسابيع أو الأشهر الماضية؟
نعم
وهل تنفث قشعاً سميكاً بلون رمادي أو أصفر مخضر في معظم الأيام؟
نعم
وهل تعمل في جو مغبر كمنجم أو مقلع أحجار؟
نعم
ربما تعاني من مرض غباري. راجع السُحار (تغبر الرئة) والأمراض الغبارية الأخرى ص 434.
لا
ربما تكون مصاباً بآفة رئوية مثل التهاب القصبات المزمن ص 420، أو النفاخ الرئوي ص 425، أو ذات الرئة ص 427.
لا
هل يبدو كاحلاك منتفخين و/ أو هل يحدث فيهما انطباع إذا ضغطت فوقهما بإصبعك؟
نعم
ربما تكون مصاباً بقصور القلب ص 460.
لا
لا
الصعوبة الشديدة في التنفس
إذا كانت صعوبة التنفس شديدة و/ أو تجعل لون الشفاه وما حولها مزرقاً فإن الحالة خطرة وتحتاج للعناية الطبية الفورية، اطلب العون الطبي حالاً!
إن عجزت عن الوصول إلى تشخيص حالتك من هذا المخطط فاستشر طبيبك دونما مزيد من التأخير.

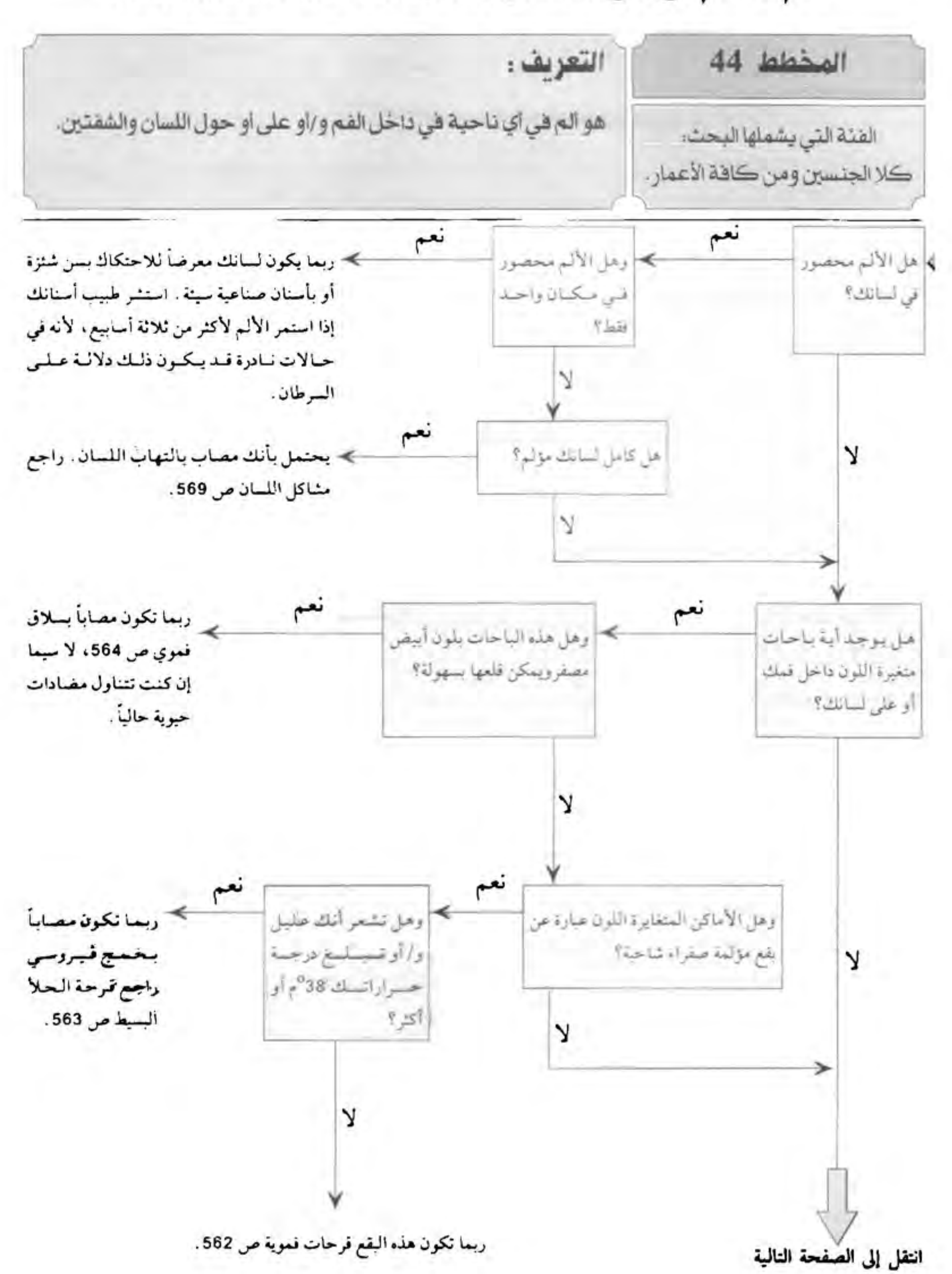
أَلَمُ الأَسْنان (Odontalgia)

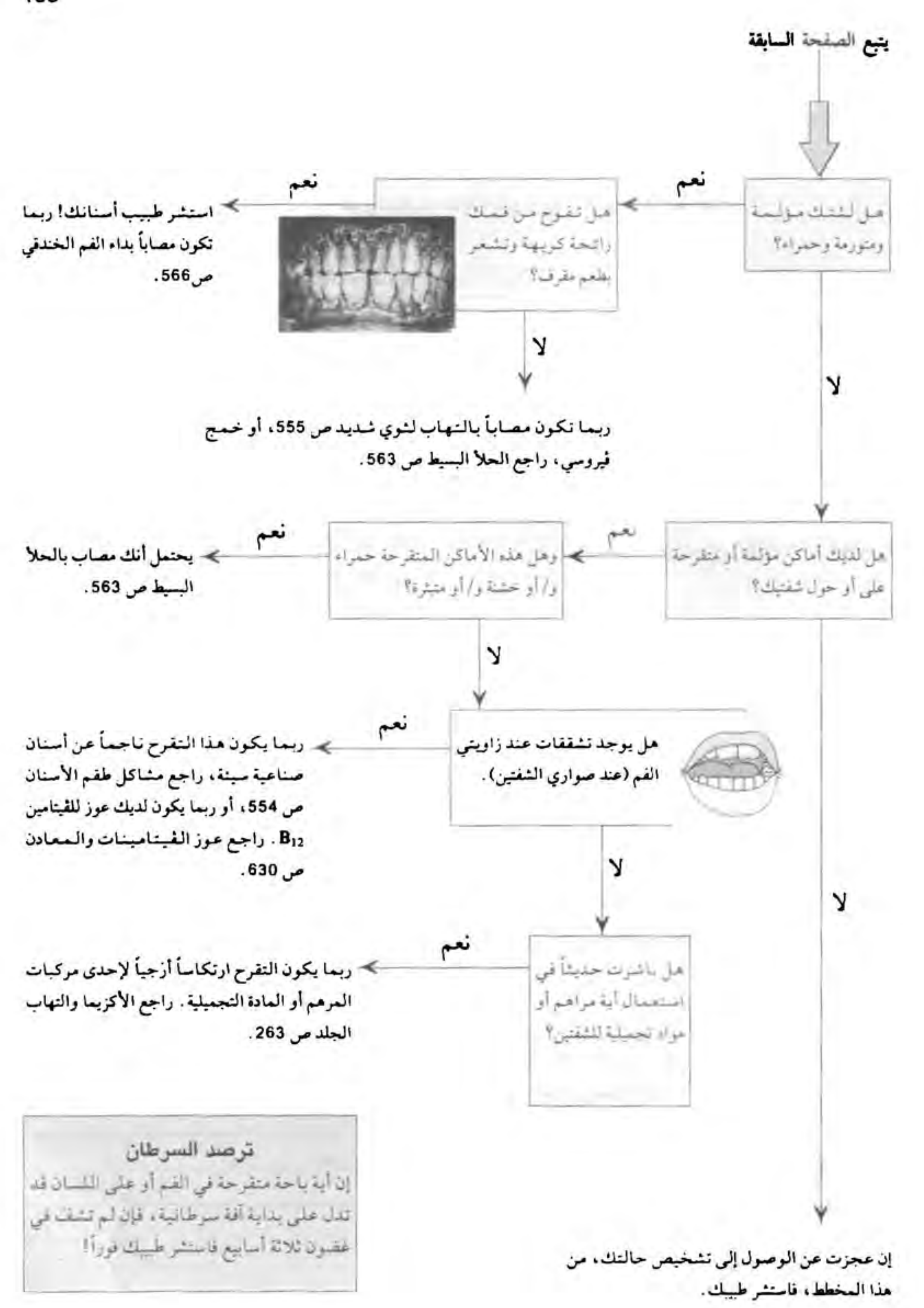


صُعوبَة البَلْع (Dysphagia)



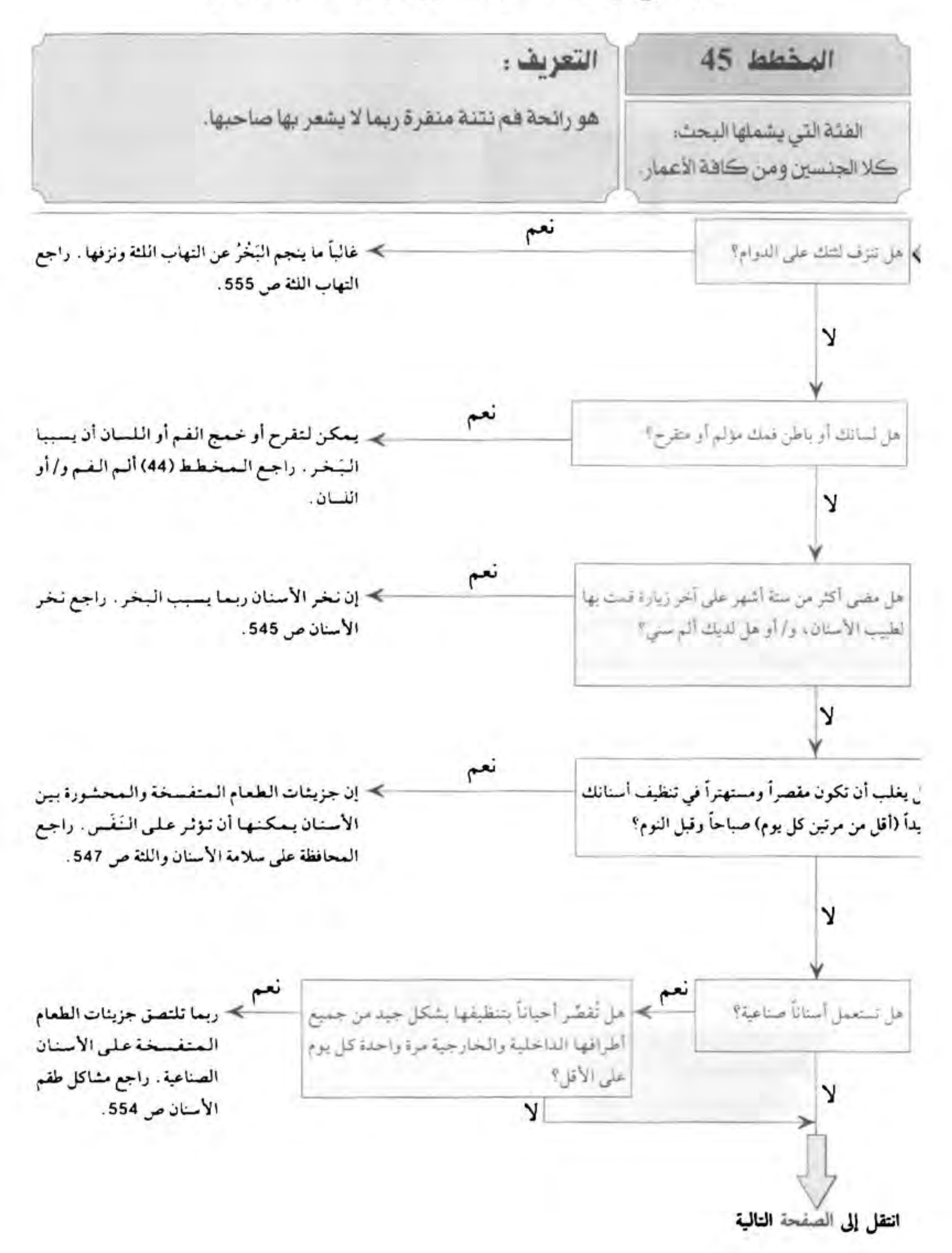
أَلَمُ الفَم و/أو اللسان (Sore mouth and/or tongue)





يتبع الصفحة السابقة
هل لثتك مؤلمة ومتورمة وحمراء؟
نعم
هل تفوح من فمك رائحة كريهة وتشعر بطعم مقرف؟
نعم
استشر طبيب أسنانك! ربما تكون مصاباً بداء الفم الخندقي ص566.
لا
ربما تكون مصاباً بالتهاب لثوي شديد ص 555، أو خمج فيروسي، راجع الحلأ البسيط ص 563.
لا
هل لديك أماكن مؤلمة أو متقرحة على أو حول شفتيك؟
نعم
وهل هذه الأماكن المتقرحة حمراء و/ أو خشنة و/ أو متبثرة؟
نعم
يحتمل أنك مصاب بالحلأ البسيط ص 563.
لا
هل يوجد تشققات عند زاويتي الفم (عند صواري الشفتين).
نعم
ربما يكون هذا التقرح ناجماً عن أسنان صناعية سيئة، راجع مشاكل طقم الأسنان ص 554، أو ربما يكون لديك عوز للفيتامين B12. راجع عوز الفيتامينات والمعادن ص 630.
لا
هل باشرت حديثاً في استعمال أية مراهم أو مواد تجميلية للشفتين؟
نعم
ربما يكون التقرح ارتكاساً أرجياً لإحدى مركبات المرهم أو المادة التجميلية. راجع الأكزيما والتهاب الجلد ص 263.
لا
إن عجزت عن الوصول إلى تشخيص حالتك، من هذا المخطط، فاستشر طبيبك.
ترصد السرطان
إن أية باحة متقرحة في الفم أو على اللسان قد تدل على بداية آفة سرطانية، فإن لم تشف في غضون ثلاثة أسابيع فاستشر طبيبك فوراً!

البَخْرُ (رائحة الفم الكريهة) (Bad breath)



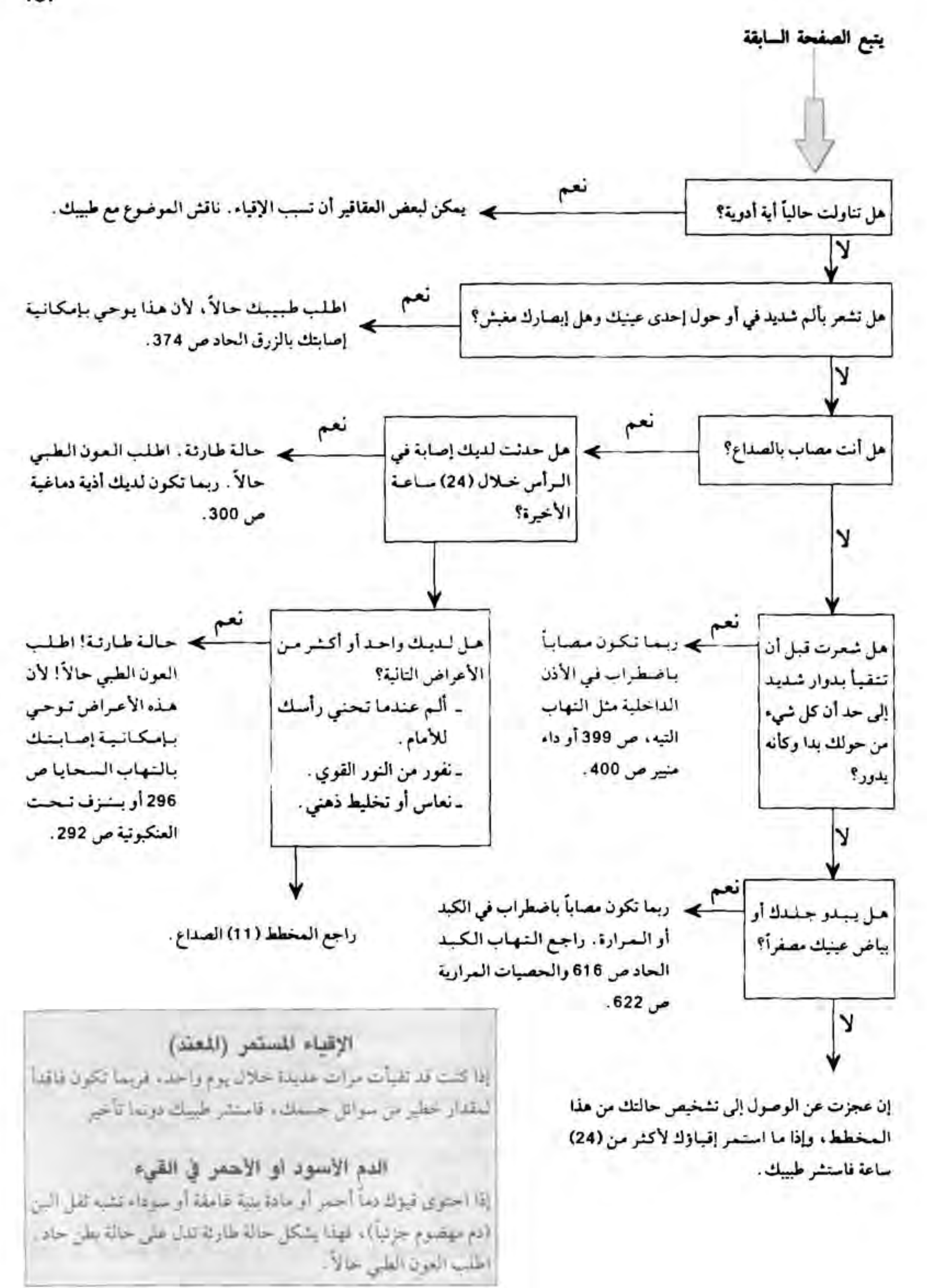


من غير المرجح أن يكون نَفَسك الكريه عرضاً لمرض كامن، ومع ذلك فإذا دام البخر لأكثر من ثلاثة أيام فاستشر طبيبك وطبيب أسنانك.

الإقْيَــاء (Vomiting)



(1) من أجل الرضع دون (6) أشهر راجع المخطط (87)، إقياء الرضع.



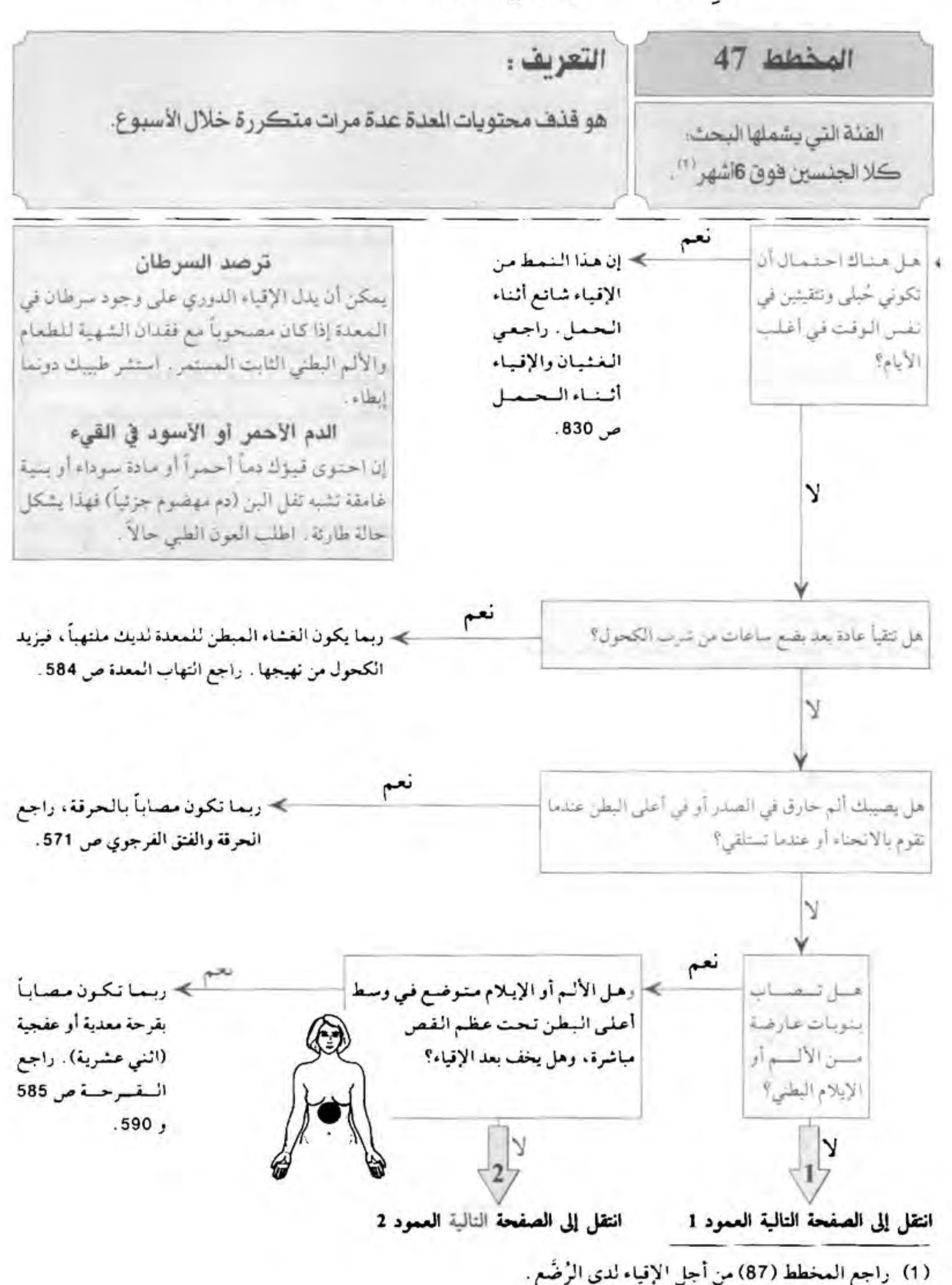
الإقياء المستمر (المعند)

إذا كنت قد تقيأت مرات عديدة خلال يوم واحد، فربما تكون فاقداً لمقدار خطير من سوائل جسمك، فاستشر طبيبك دونما تأخير.

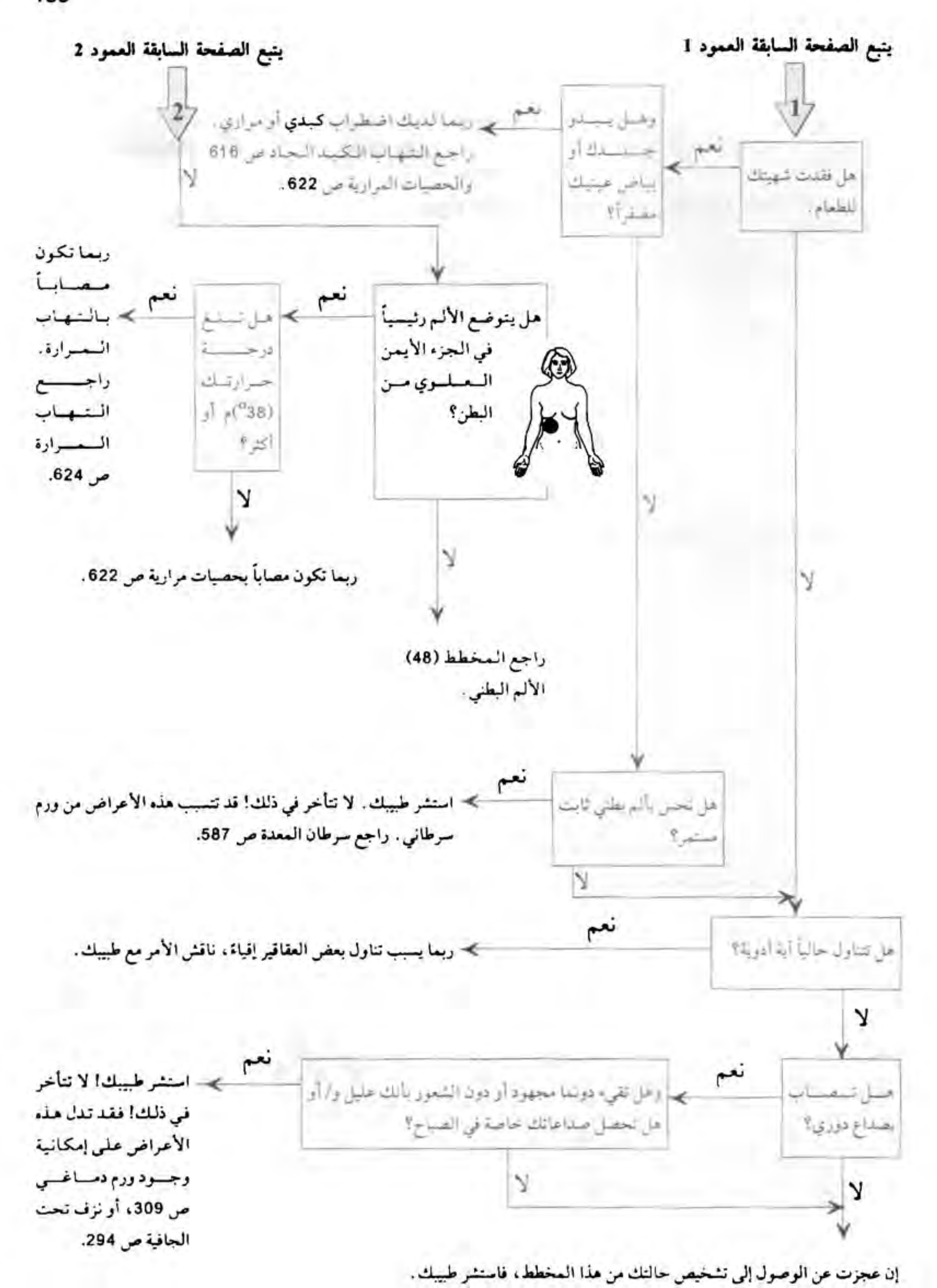
الدم الأسود أو الأحمر في القيء

إذا احتوى قيؤك دماً أحمر أو مادة بنية قاتمة أو سوداء تشبه ثفل البن (دم مهضوم جزئياً)، فهذا يشكل حالة طارئة تدل على حالة بطن حادة. اطلب العون الطبي حالاً.

الإِقْيَاء الدَوْري (Recurrent vomiting)

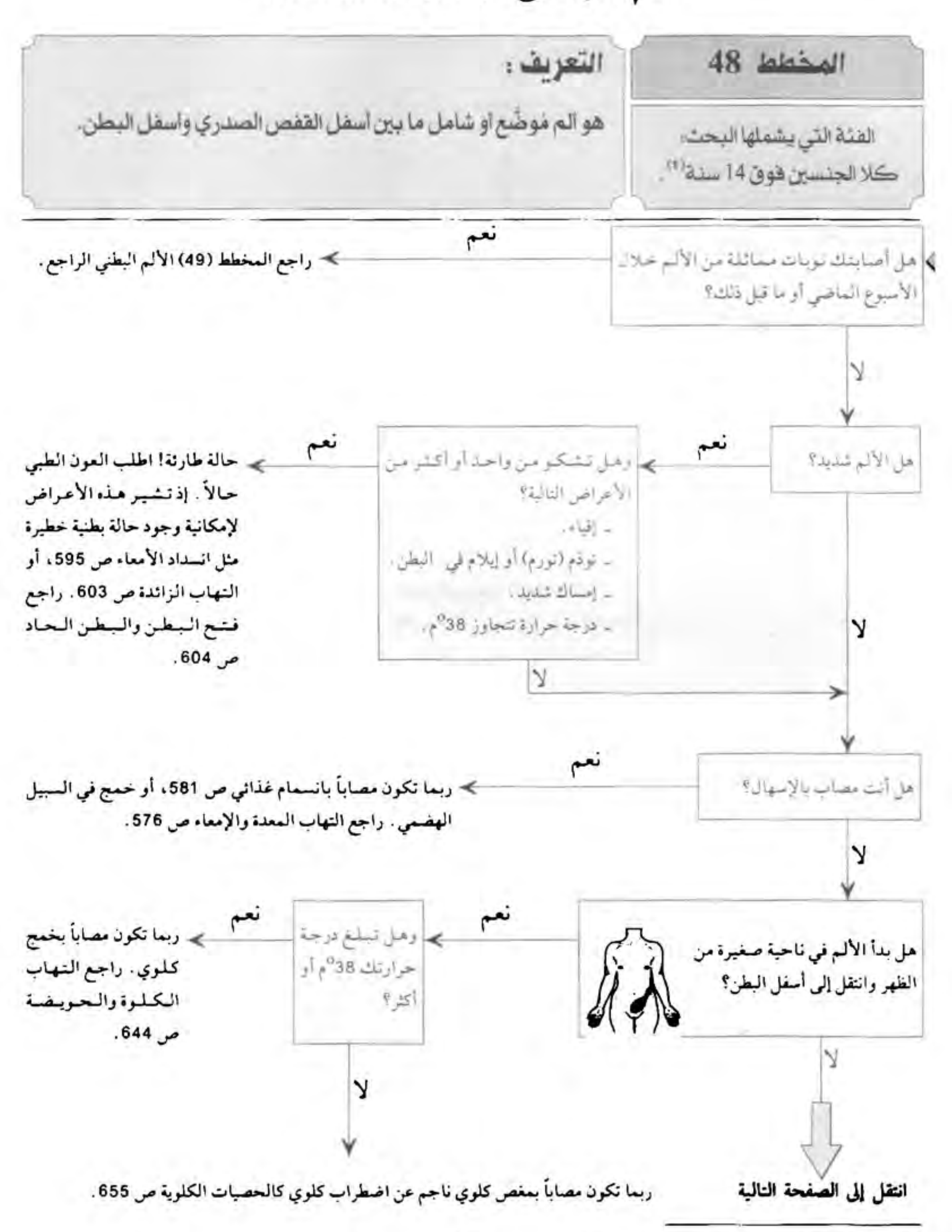


(1) راجع المخطط (87) من أجل الإقياء لدى الرُضَّع.

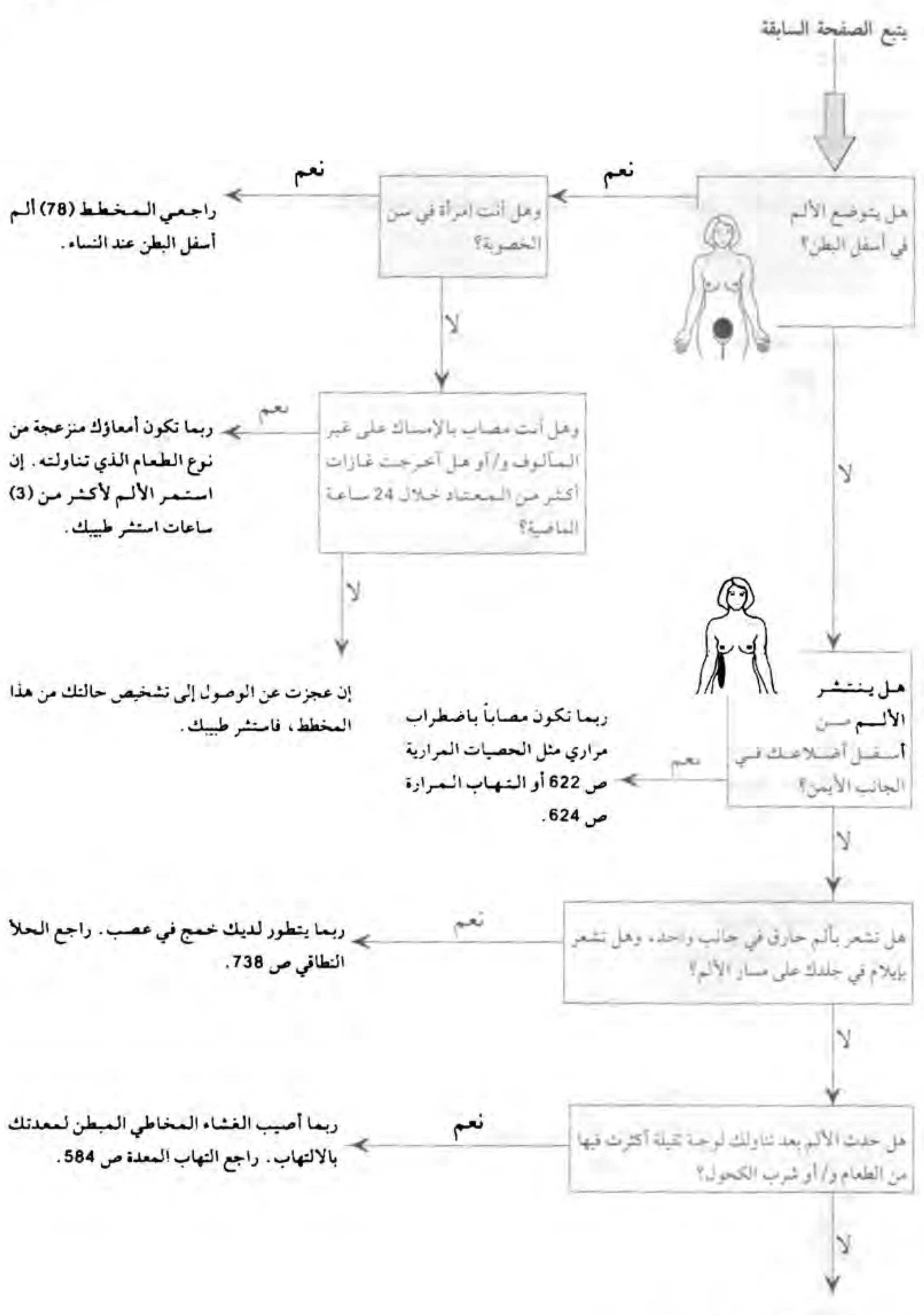


يتبع الصفحة السابقة العمود 1
1
هل فقدت شهيتك للطعام.
نعم
وهل يبدو جسدك أو بياض عينيك مصفراً؟
نعم
ربما لديك اضطراب كبدي أو مراري. راجع التهاب الكبد الحاد ص 616 والحصيات المرارية ص 622.
يتبع الصفحة السابقة العمود 2
2
لا
هل يتوضع الألم رئيسياً في الجزء الأيمن العلوي من البطن؟
نعم
هل تبلغ درجة حرارتك (38°)م أو أكثر؟
نعم
ربما تكون مصاباً بالتهاب المرارة. راجع التهاب المرارة ص 624.
لا
ربما تكون مصاباً بحصيات مرارية ص 622.
لا
راجع المخطط (48) الألم البطني.
لا
لا
هل تحس بألم بطني ثابت مستمر؟
نعم
استشر طبيبك. لا تتأخر في ذلك! قد تتسبب هذه الأعراض من ورم سرطاني. راجع سرطان المعدة ص 587.
لا
هل تتناول حالياً أية أدوية؟
نعم
ربما يسبب تناول بعض العقاقير إقياء، ناقش الأمر مع طبيبك.
لا
هل تصاب بصداع دوري؟
نعم
وهل تقيء دونما مجهود أو دون الشعور بأنك عليل و/أو هل تحصل صداعاتك خاصة في الصباح؟
نعم
استشر طبيبك! لا تتأخر في ذلك! فقد تدل هذه الأعراض على إمكانية وجود ورم دماغي ص 309، أو نزف تحت الجافية ص 294.
لا
لا
إن عجزت عن الوصول إلى تشخيص حالتك من هذا المخطط، فاستشر طبيبك.

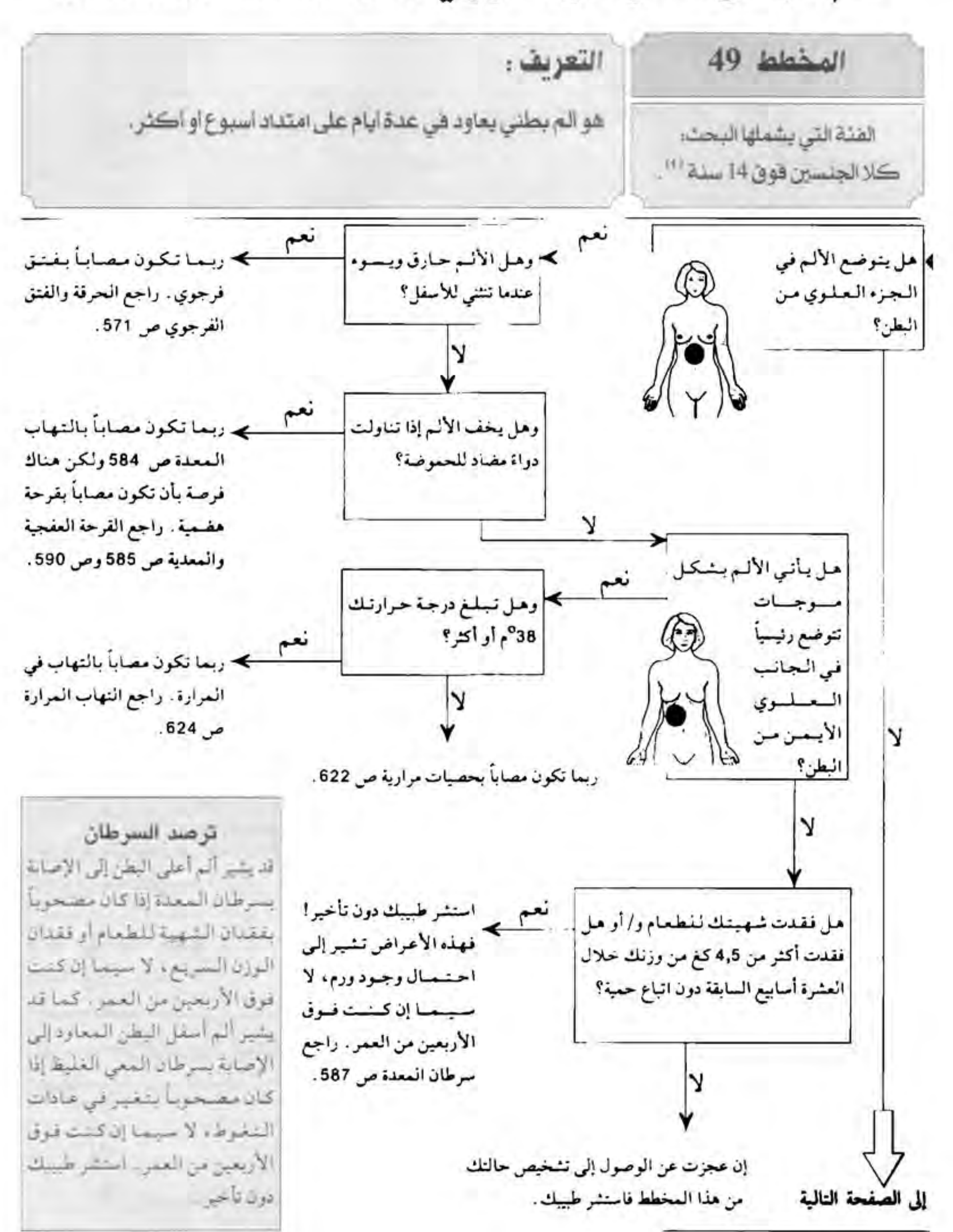
أَلَمُ البَطْن (Abdominal pain)



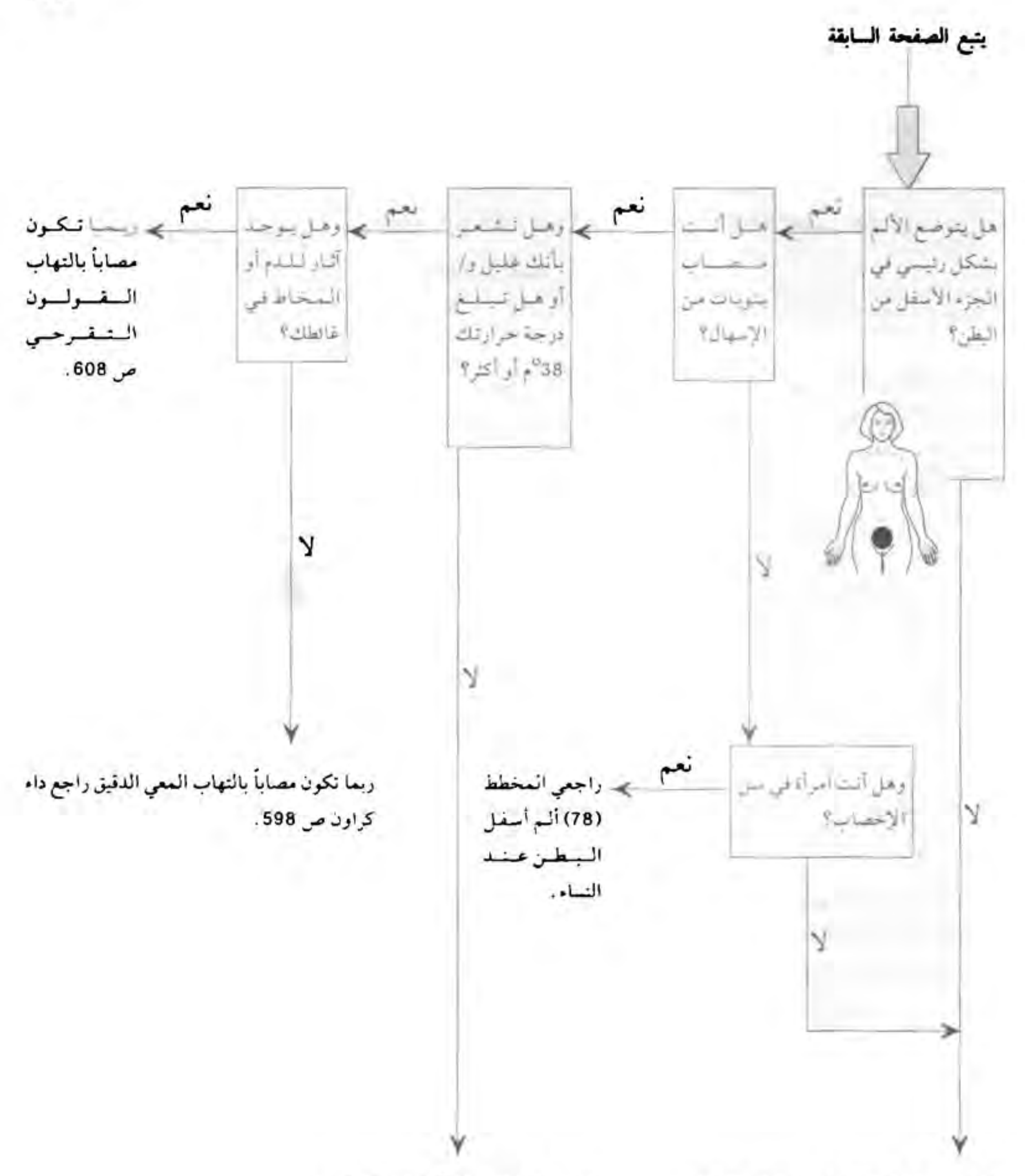
(1) من أجل الأطفال راجع المخطط (93) الألم البطني لدى الأطفال.


يتبع الصفحة السابقة
هل يتوضع الألم في أسفل البطن؟
نعم
وهل أنت امرأة في سن الخصوبة؟
نعم
راجعي المخطط (78) ألم أسفل البطن عند النساء.
لا
وهل أنت مصاب بالإمساك على غير المألوف و/ أو هل أخرجت غازات أكثر من المعتاد خلال 24 ساعة الماضية؟
نعم
ربما تكون أمعاؤك منزعجة من نوع الطعام الذي تناولته. إن استمر الألم لأكثر من (3) ساعات استشر طبيبك.
لا
إن عجزت عن الوصول إلى تشخيص حالتك من هذا المخطط، فاستشر طبيبك.
لا
هل ينتشر الألم من أسفل أضلاعك في الجانب الأيمن؟
نعم
ربما تكون مصاباً باضطراب مراري مثل الحصيات المرارية ص 622 أو التهاب المرارة ص 624.
لا
هل تشعر بألم حارق في جانب واحد، وهل تشعر بإيلام في جلدك على مسار الألم؟
نعم
ربما يتطور لديك خمج في عصب. راجع الحلأ النطاقي ص 738.
لا
هل حدث الألم بعد تناولك لوجبة ثقيلة أكثرت فيها من الطعام و/ أو شرب الكحول؟
نعم
ربما أصيب الغشاء المخاطي المبطن لمعدتك بالالتهاب. راجع التهاب المعدة ص 584.
لا
إن عجزت عن الوصول إلى تشخيص حالتك من هذا المخطط فاستشر طبيبك.

أَلمُ البَطن المُعاود أو الدَّوري (Recurrent abdominal pain)



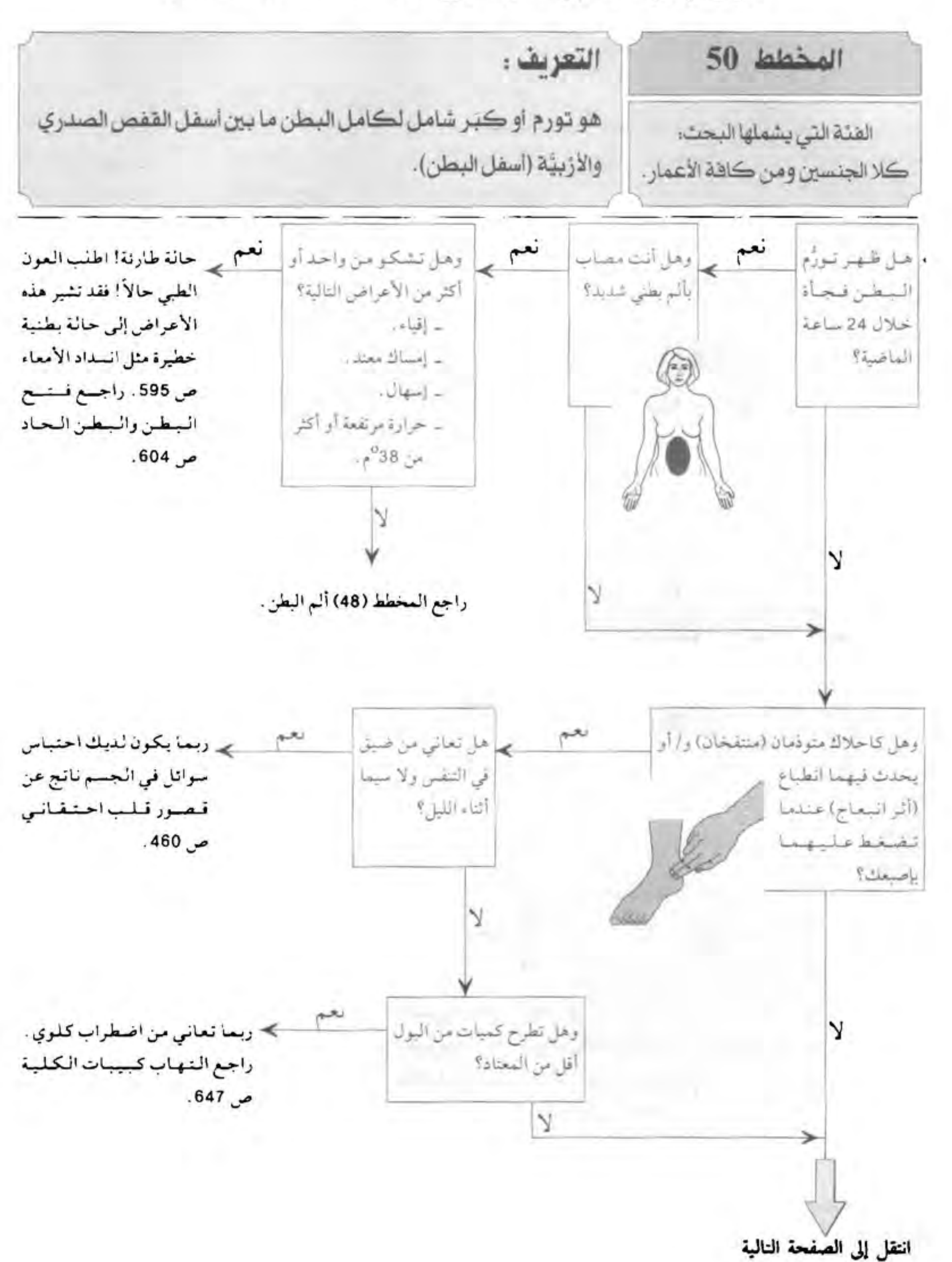
(1) من أجل الأطفال راجع المخطط (93) الألم البطني لدى الأطفال.

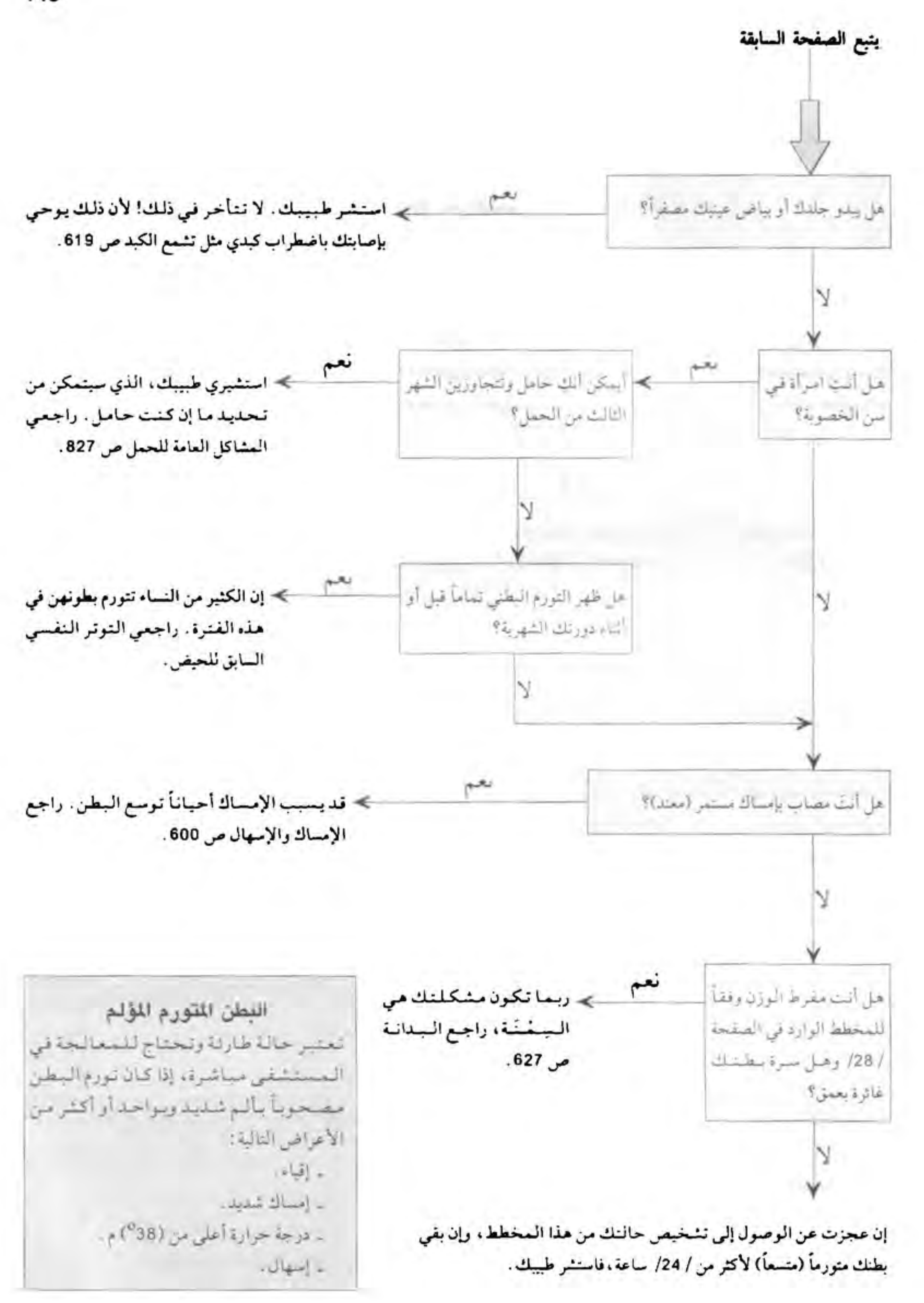


استشر طبيبك. لا تتأخر في ذلك! ربما تكون مصاباً بداء الرتج ص 606، ولكن هناك فرصة أيضاً لأن تكون مصاباً بورم سرطاني. راجع سرطان المعي الغليظ ص 610.

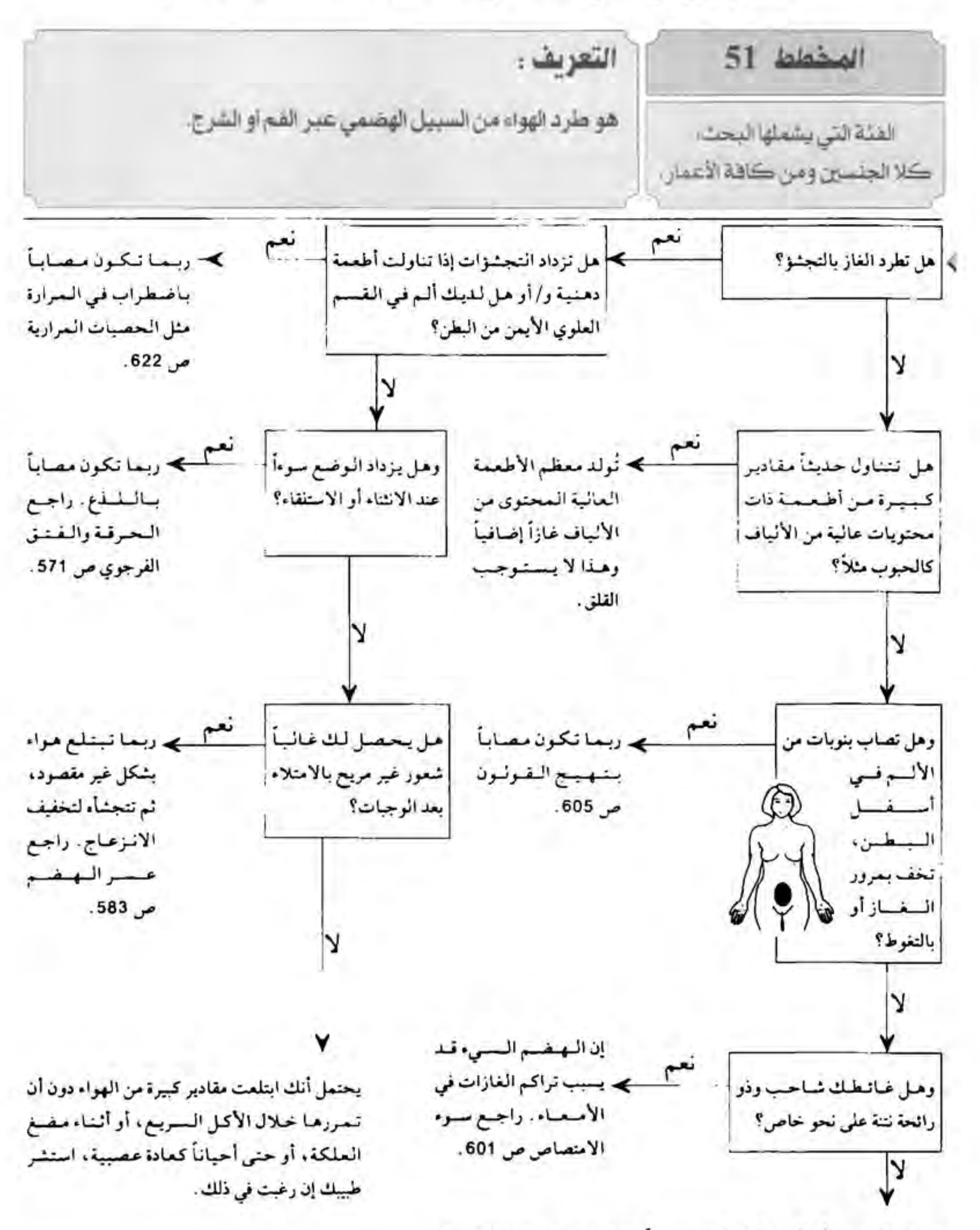
إن عجزت عن الوصول إلى تشخيص حالتك من هذا المخطط فاستشر طبيبك.

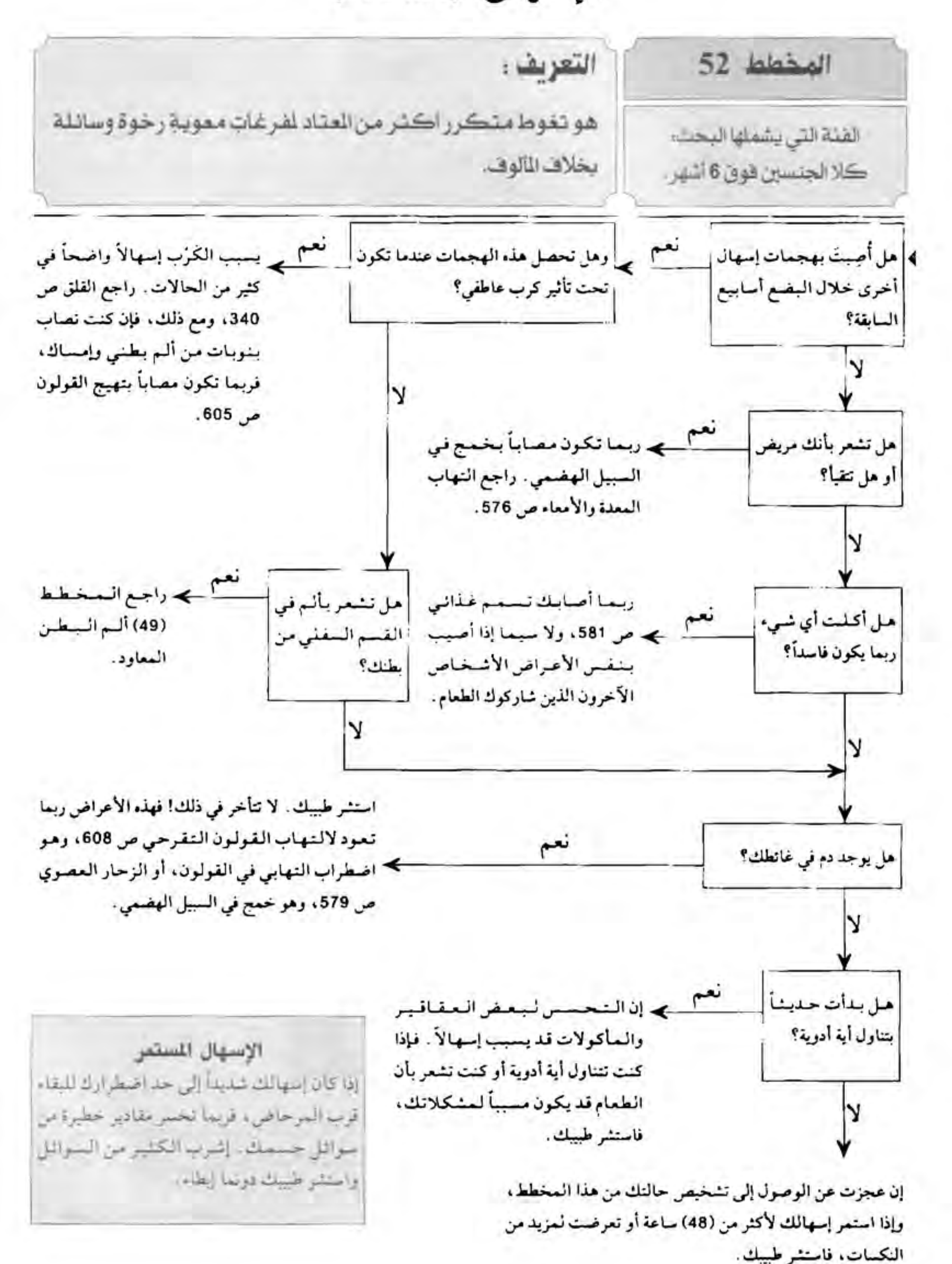
تَورُّم أو كِبَر البَطْن (Swollen abdomen)



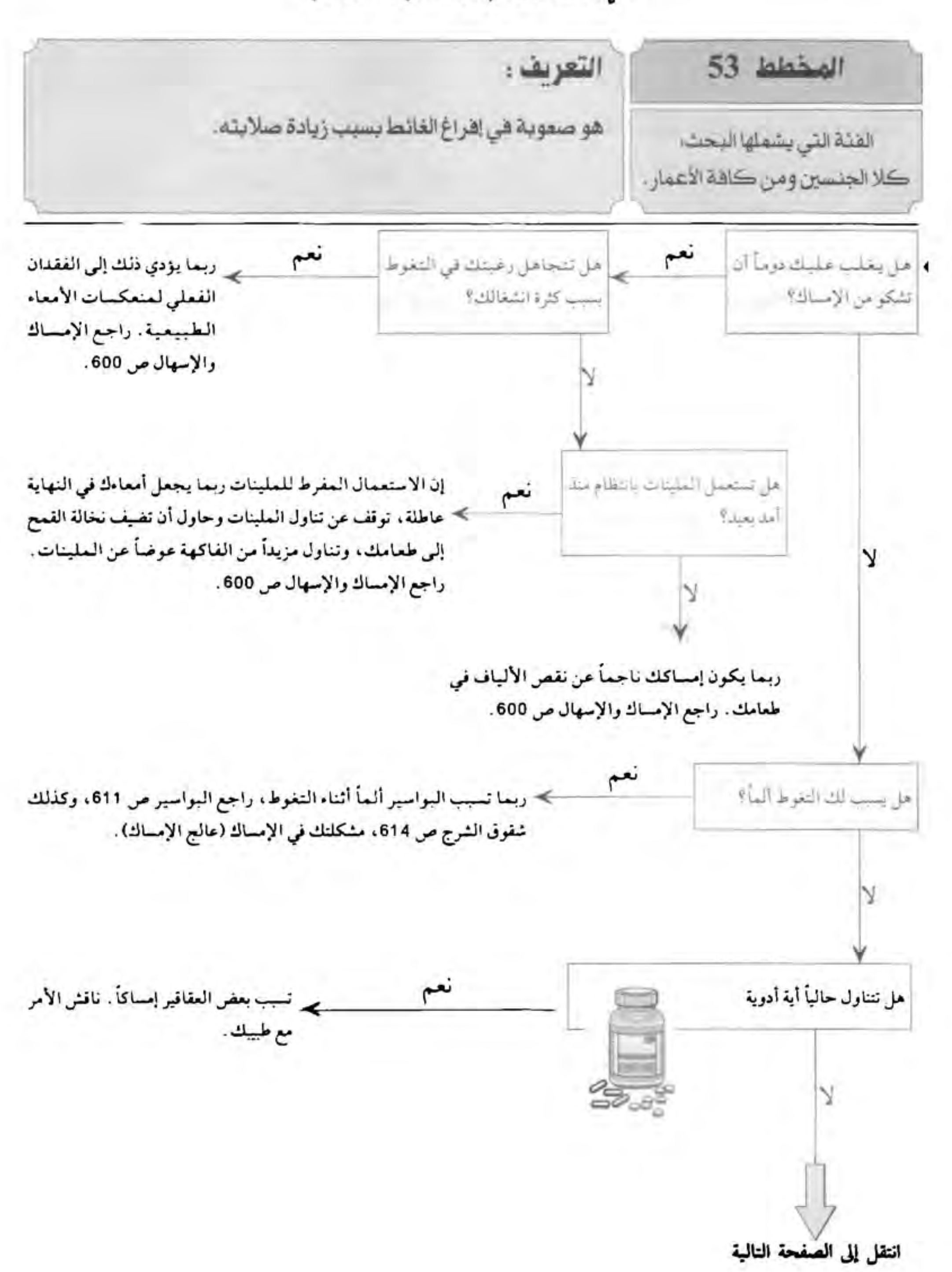

يتبع الصفحة السابقة
هل يبدو جلدك أو بياض عينيك مصفراً؟
نعم
استشر طبيبك. لا تتأخر في ذلك! لأن ذلك يوحي بإصابتك باضطراب كبدي مثل تشمع الكبد ص 619.
لا
هل أنتِ امرأة في سن الخصوبة؟
نعم
أيمكن أنك حامل وتجاوزين الشهر الثالث من الحمل؟
نعم
استشيري طبيبك، الذي سيتمكن من تحديد ما إن كنت حامل. راجعي المشاكل العامة للحمل ص 827.
لا
هل ظهر التورم البطني تماماً قبل أو أثناء دورتك الشهرية؟
نعم
إن الكثير من النساء تتورم بطونهن في هذه الفترة. راجعي التوتر النفسي السابق للحيض.
لا
لا
هل أنت مصاب بإمساك مستمر (معند)؟
نعم
قد يسبب الإمساك أحياناً توسع البطن. راجع الإمساك والإسهال ص 600.
لا
هل أنت مفرط الوزن وفقاً للمخطط الوارد في الصفحة / 28/ وهل سرة بطنك غائرة بعمق؟
نعم
ربما تكون مشكلتك هي البدانة، راجع البدانة ص 627.
لا
إن عجزت عن الوصول إلى تشخيص حالتك من هذا المخطط، وإن بقي بطنك متورماً (متسعاً) لأكثر من / 24/ ساعة، فاستشر طبيبك.
البطن المتورم المؤلم
تعتبر حالة طارئة وتحتاج للمعالجة في المستشفى مباشرة، إذا كان تورم البطن مصحوباً بألم شديد وبواحد أو أكثر من الأعراض التالية:
- إقياء.
- إمساك شديد.
- درجة حرارة أعلى من (38°) م.
- إسهال.

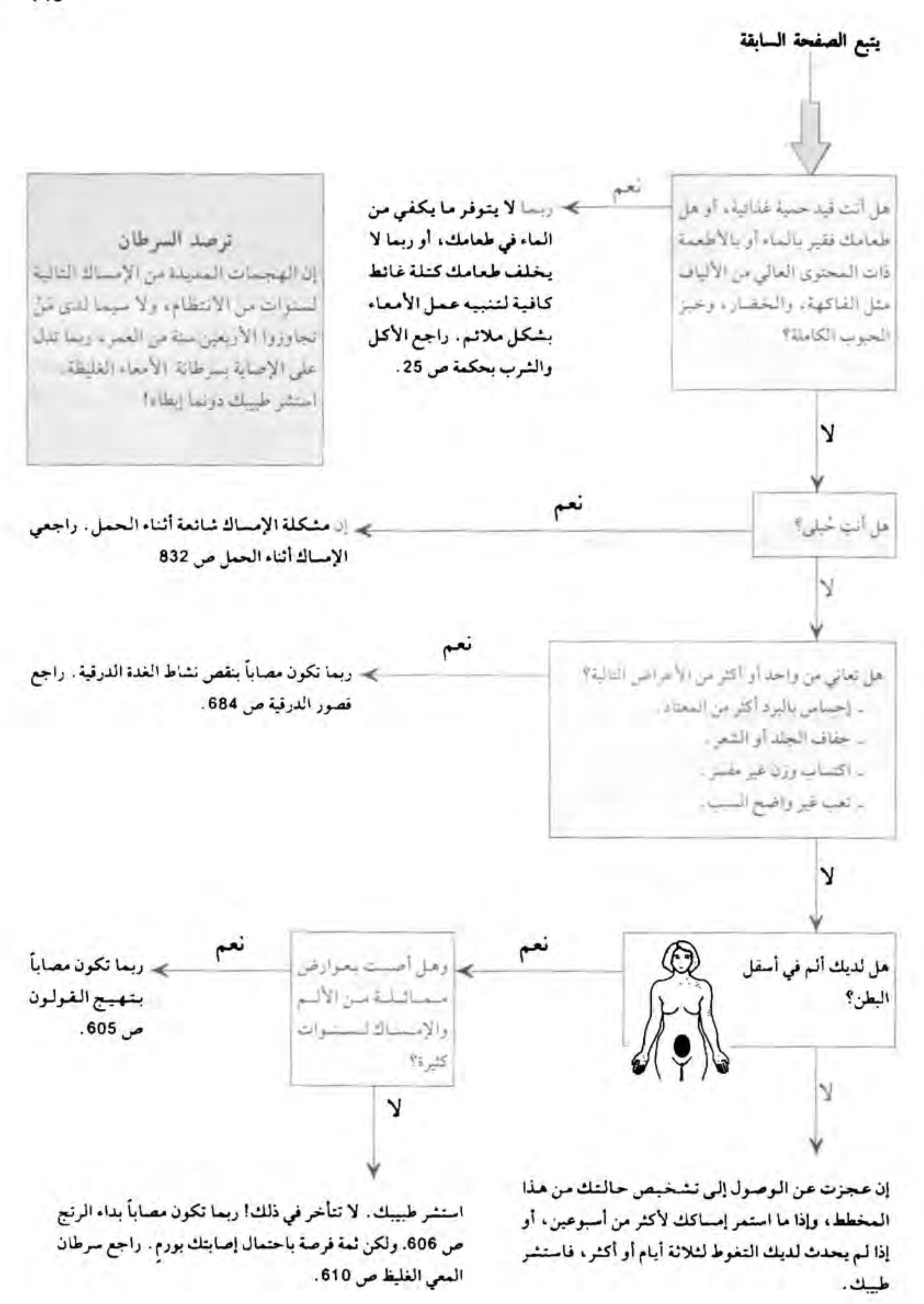
التَجشُّؤ وطَردُ الغَازات (Gas and belching)




الإسهال (Diarrhea)
المخطط 52
الفئة التي يشملها البحث:
كلا الجنسين فوق 6 أشهر.
التعريف :
هو تغوط متكرر أكثر من المعتاد لفرغات معوية رخوة وسائلة بخلاف المألوف.
هل أصبت بهجمات إسهال أخرى خلال البضع أسابيع السابقة؟
نعم
وهل تحصل هذه الهجمات عندما تكون تحت تأثير كرب عاطفي؟
نعم
يسبب الكرب إسهالاً واضحاً في كثير من الحالات. راجع القلق ص 340، ومع ذلك، فإن كنت نصاب بنوبات من ألم بطني وإمساك، فربما تكون مصاباً بتهيج القولون ص 605.
لا
لا
هل تشعر بأنك مريض أو هل تقيأ؟
نعم
ربما تكون مصاباً بخمج في السبيل الهضمي. راجع التهاب المعدة والأمعاء ص 576.
لا
هل أكلت أي شيء ربما يكون فاسداً؟
نعم
ربما أصابك تسمم غذائي ص 581، ولا سيما إذا أصيب بنفس الأعراض الأشخاص الآخرون الذين شاركوك الطعام.
هل تشعر بألم في القسم السفلي من بطنك؟
نعم
راجع المخطط (49) ألم البطن المعاود.
لا
لا
هل يوجد دم في غائطك؟
نعم
استشر طبيبك. لا تتأخر في ذلك! فهذه الأعراض ربما تعود لالتهاب القولون التقرحي ص 608، وهو اضطراب التهابي في القولون، أو الزحار العصوي ص 579، وهو خمج في السبيل الهضمي.
لا
هل بدأت حديثاً بتناول أية أدوية؟
نعم
إن التحسس لبعض العقاقير والمأكولات قد يسبب إسهالاً. فإذا كنت تتناول أية أدوية أو كنت تشعر بأن الطعام قد يكون مسبباً لمشكلاتك، فاستشر طبيبك.
لا
إن عجزت عن الوصول إلى تشخيص حالتك من هذا المخطط، وإذا استمر إسهالك لأكثر من (48) ساعة أو تعرضت لمزيد من النكسات، فاستشر طبيبك.
الإسهال المستمر
إذا كان إسهالك شديداً إلى حد اضطرارك للبقاء قرب المرحاض، فربما تخسر مقادير خطيرة من سوائل جسمك. إشرب الكثير من السوائل واستشر طبيبك دونما إبطاء.

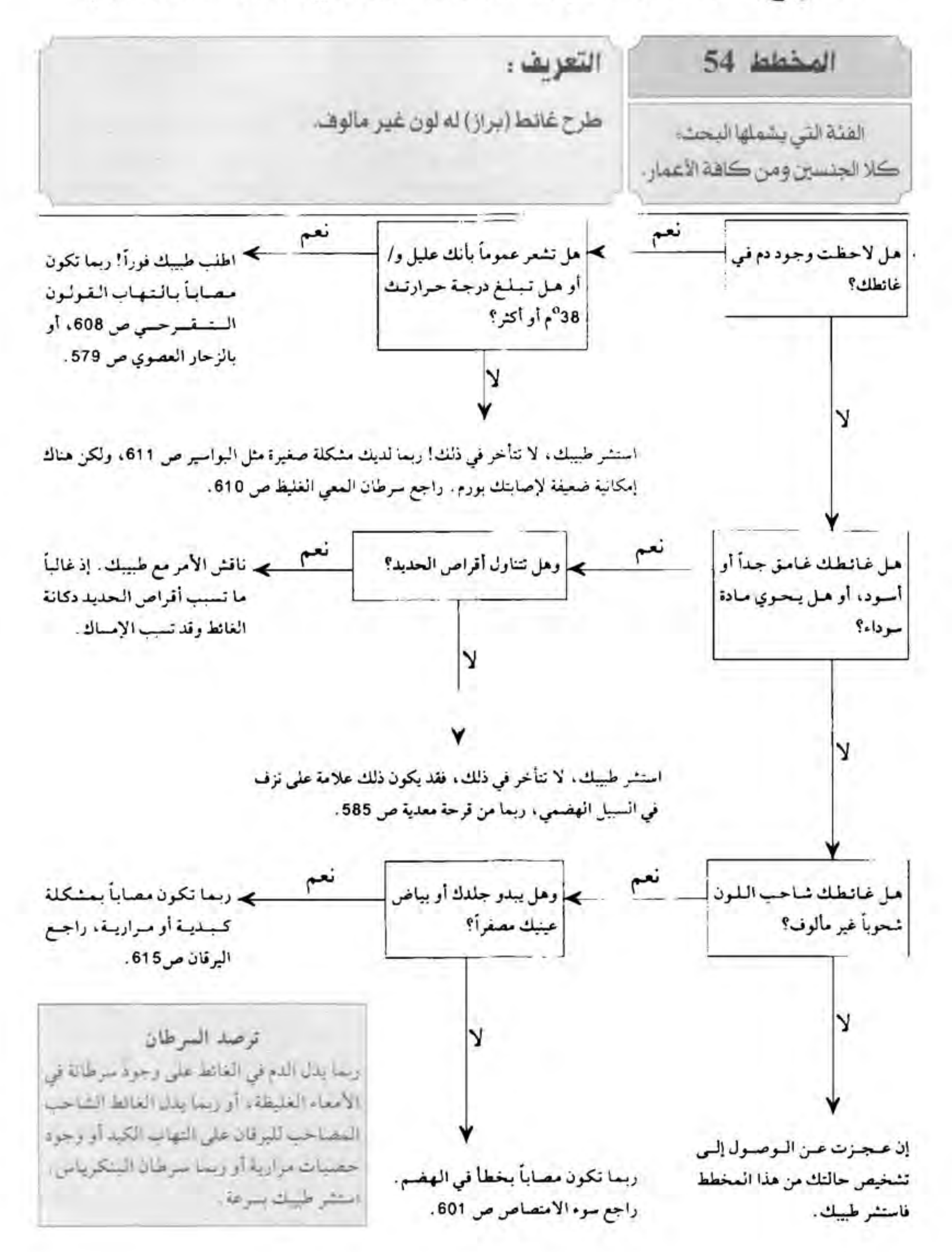
الإمْسَاك (Constipation)



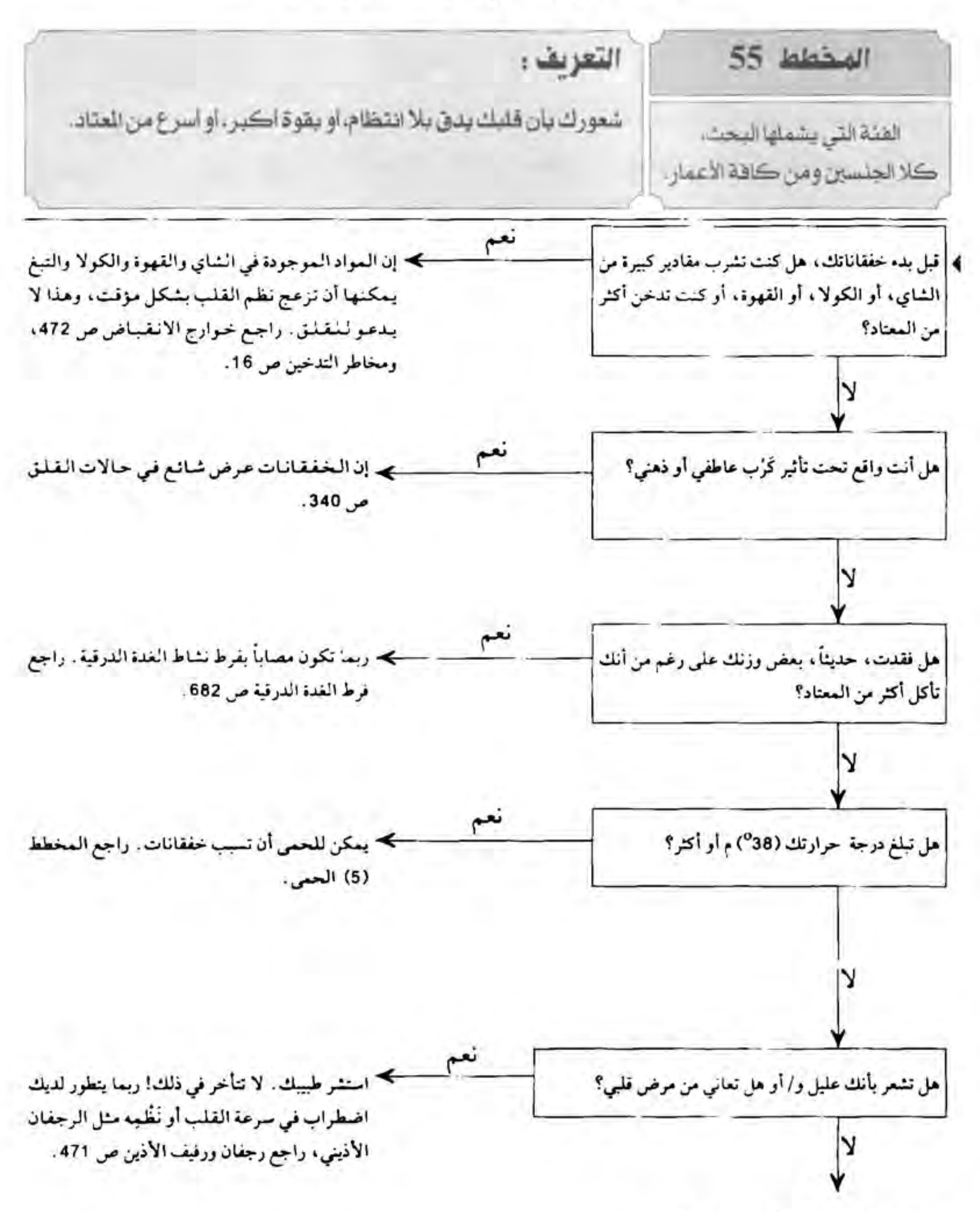


يتبع الصفحة السابقة
هل أنت قيد حمية غذائية، أو هل طعامك فقير بالماء أو بالأطعمة ذات المحتوى العالي من الألياف مثل الفاكهة، والخضار، وخبز الحبوب الكاملة؟
نعم
ربما لا يتوفر ما يكفي من الماء في طعامك، أو ربما لا يخلف طعامك كتلة غائط كافية لتنبيه عمل الأمعاء بشكل ملائم. راجع الأكل والشرب بحكمة ص 25.
ترصد السرطان
إن الهجمات المديدة من الإمساك التالية لسنوات من الانتظام، ولا سيما لدى مَنْ تجاوزوا الأربعين سنة من العمر، ربما تدل على الإصابة بسرطانة الأمعاء الغليظة. استشر طبيبك دونما إبطاء!
لا
هل أنتِ حُبلى؟
نعم
إن مشكلة الإمساك شائعة أثناء الحمل. راجعي الإمساك أثناء الحمل ص 832
لا
هل تعاني من واحد أو أكثر من الأعراض التالية؟
ـ إحساس بالبرد أكثر من المعتاد.
ـ جفاف الجلد أو الشعر.
ـ اكتساب وزن غير مفسر.
ـ تعب غير واضح السبب.
نعم
ربما تكون مصاباً بنقص نشاط الغدة الدرقية. راجع قصور الدرقية ص 684.
لا
هل لديك ألم في أسفل البطن؟
نعم
وهل أصبت بعوارض مماثلة من الألم والإمساك لسنوات كثيرة؟
نعم
ربما تكون مصاباً بتهيج القولون ص 605.
لا
استشر طبيبك. لا تتأخر في ذلك! ربما تكون مصاباً بداء الرتج ص 606. ولكن ثمة فرصة باحتمال إصابتك بورمٍ. راجع سرطان المعي الغليظ ص 610.
لا
إن عجزت عن الوصول إلى تشخيص حالتك من هذا المخطط، وإذا ما استمر إمساكك لأكثر من أسبوعين، أو إذا لم يحدث لديك التغوط لثلاثة أيام أو أكثر، فاستشر طبيبك.

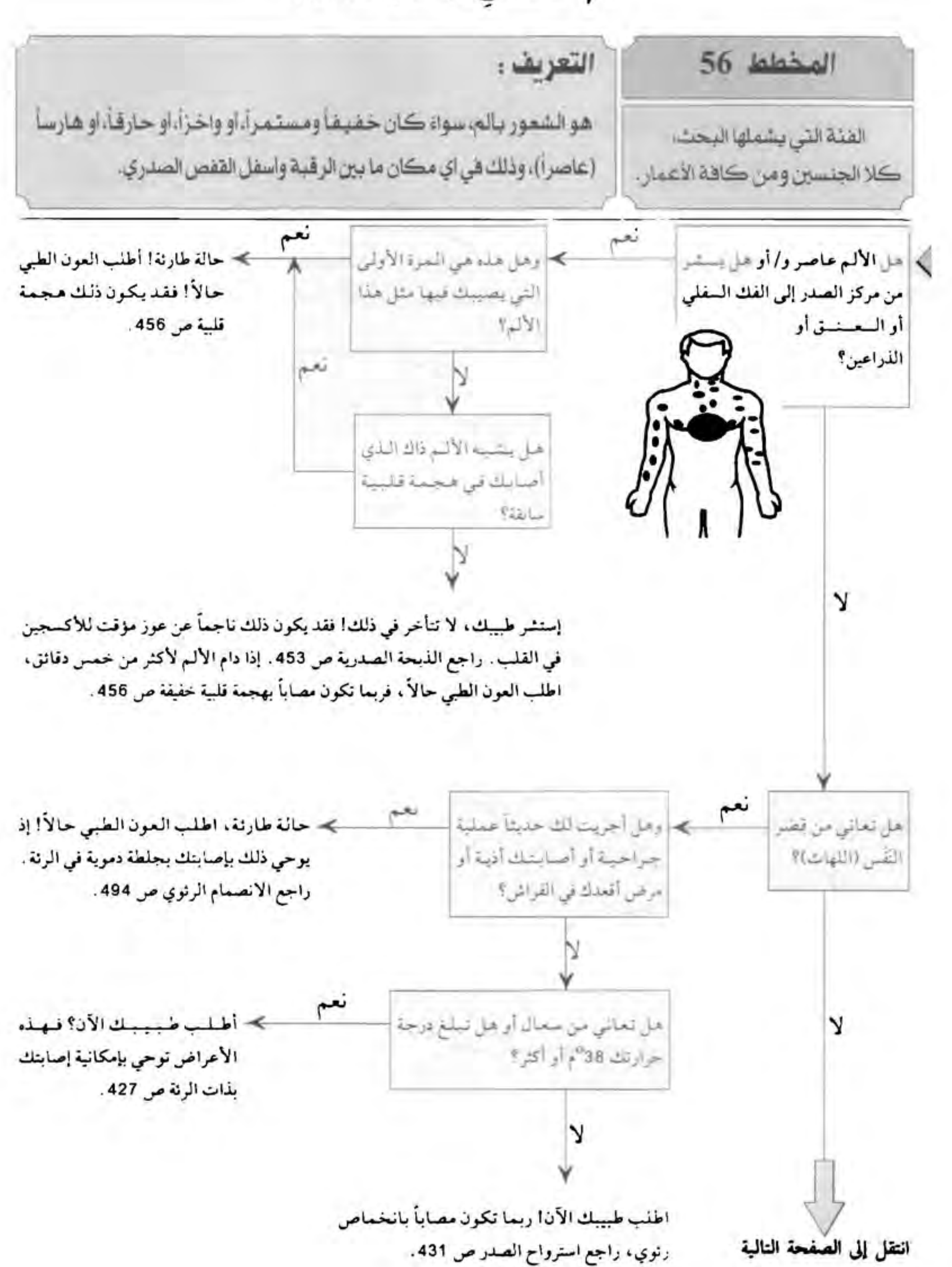
مظهر الغائط الشّاذ (Abnormal-looking bowel movements)

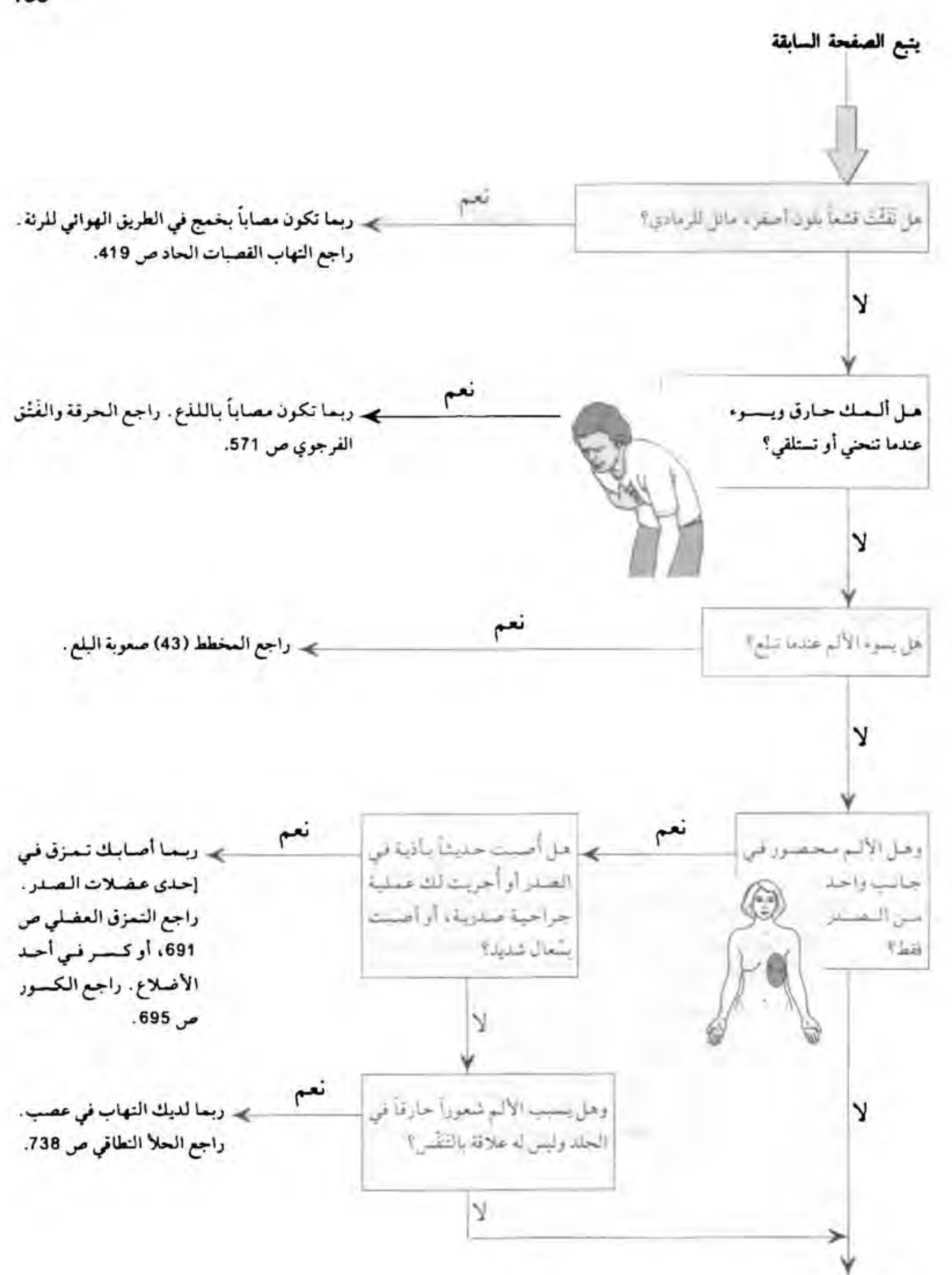


خَفقانُ القَلب (Palpitation)



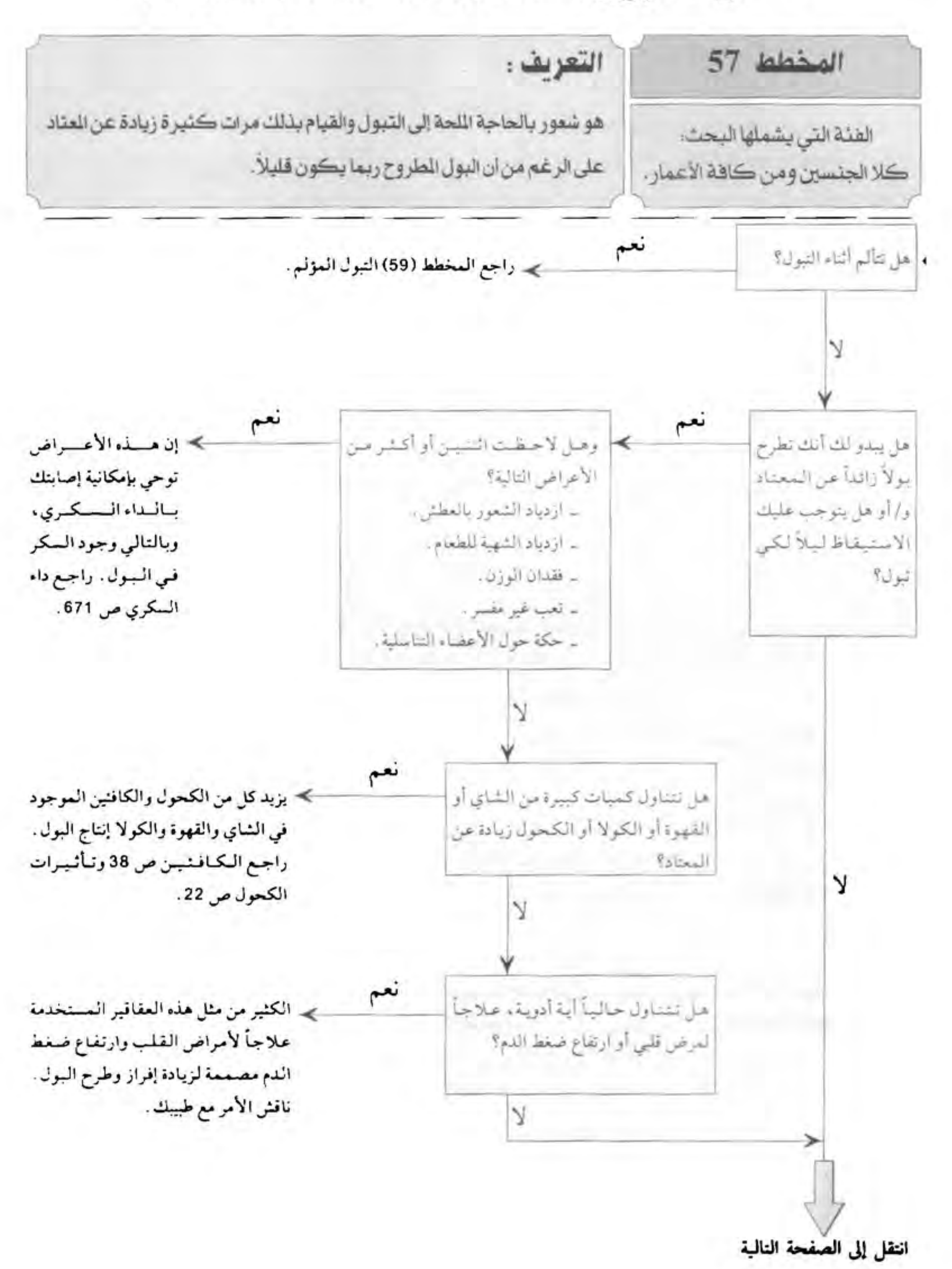
أَلَمُ الصَّدْرِ (Chest pain)

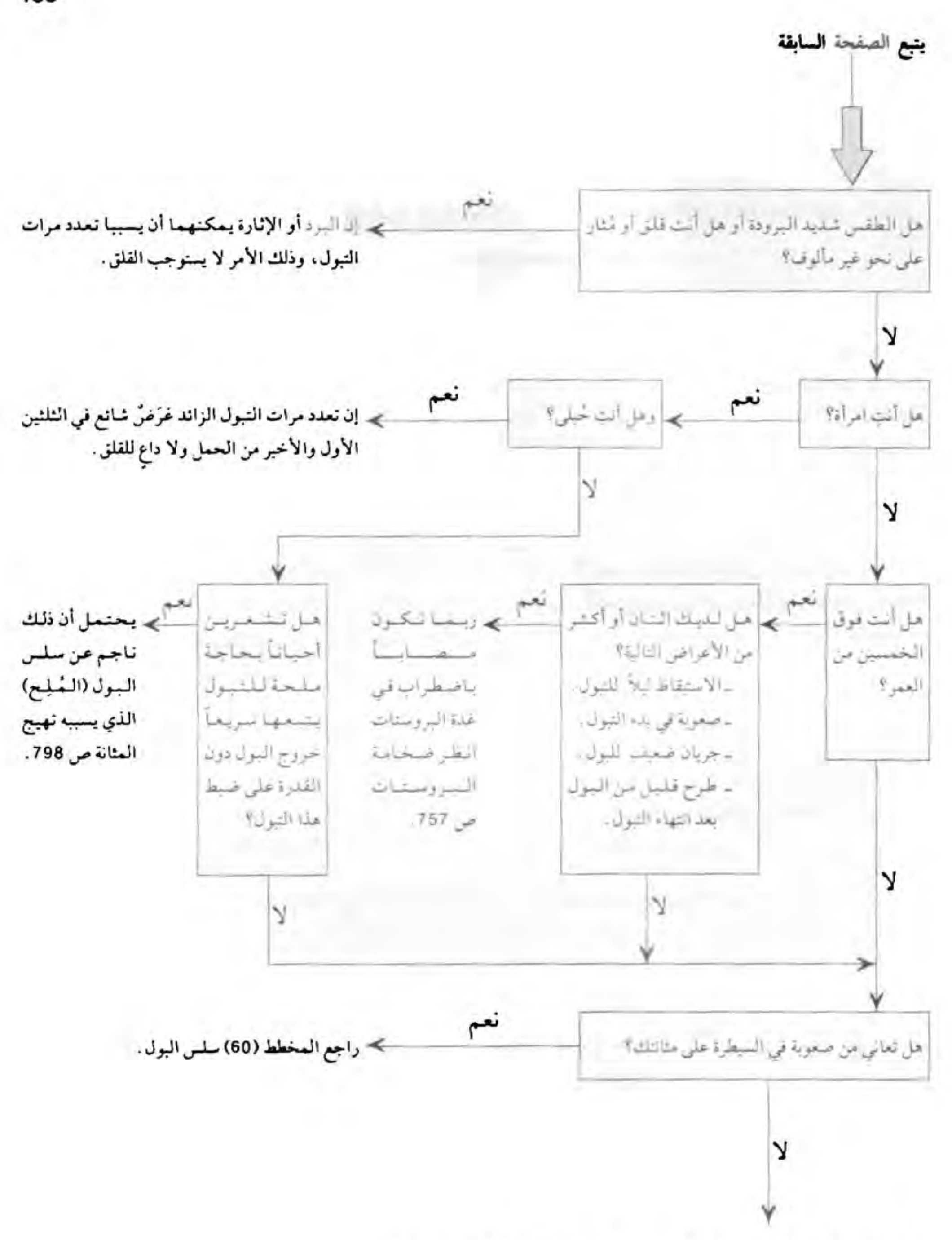




يتبع الصفحة السابقة
هل تقشّت قشعاً بلون أصفر، مائل للرمادي؟
نعم
ربما تكون مصاباً بخمج في الطريق الهوائي للرئة. راجع التهاب القصبات الحاد ص 419.
لا
هل ألمك حارق ويسوء عندما تنحني أو تستلقي؟
نعم
ربما تكون مصاباً باللذع. راجع الحرقة والفَتْق الفرجوي ص 571.
لا
هل يسوء الألم عندما تبلع؟
نعم
راجع المخطط (43) صعوبة البلع.
لا
وهل الألم محصور في جانب واحد من الصدر فقط؟
نعم
هل أصبت حديثاً بأذية في الصدر أو أجريت لك عملية جراحية صدرية، أو أصبت بسُعال شديد؟
نعم
ربما أصابك تمزق في إحدى عضلات الصدر. راجع التمزق العضلي ص 691، أو كسر في أحد الأضلاع. راجع الكسور ص 695.
لا
وهل يسبب الألم شعوراً حارقاً في الجلد وليس له علاقة بالتنفّس؟
نعم
ربما لديك التهاب في عصب. راجع الحلأ النطاقي ص 738.
لا
لا
إن عجزت عن الوصول إلى تشخيص حالتك من هذا المخطط، فاستشر طبيبك دونما مزيد من التأخير.

كَثْرَةُ التَبَوُّل الشاذة (Frequency of micturition)





إن عجزت عن الوصول إلى تشخيص حالتك من هذا المخطط، فإن ازدياد عدد مرات التبول قد يكون له سبب يستوجب الاهتمام. استشر طبيبك إذا غدا هذا الازدياد بالغاً حداً يجعلك تستيقظ ليلاً أو إذا استمر لأكثر من أسبوع.

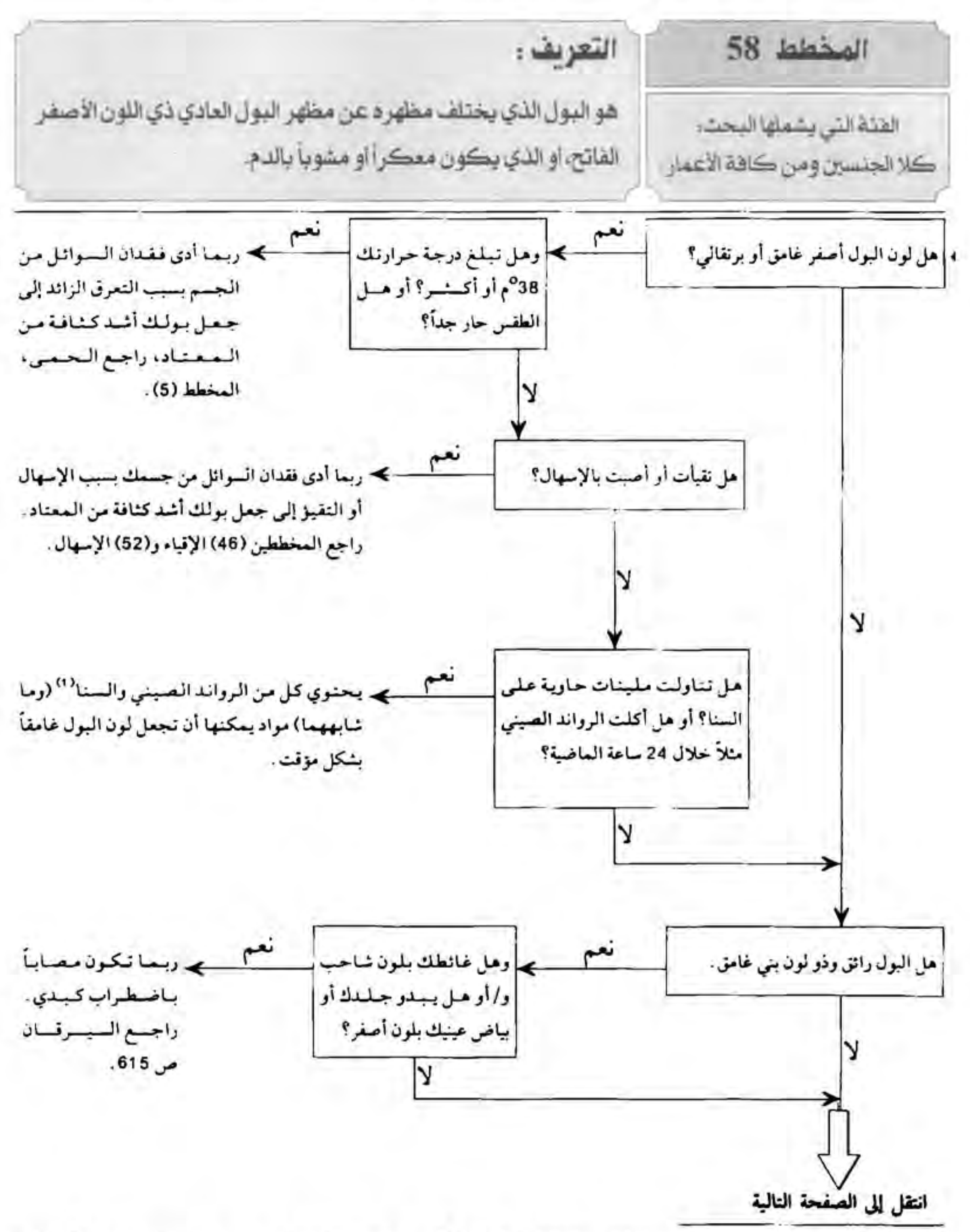
مَظْهَرُ البَوْل الشَّاذ (Abnormal-looking urine)

المخطط 58

الفئة التي يشملها البحث: كلا الجنسين ومن كافة الأعمار

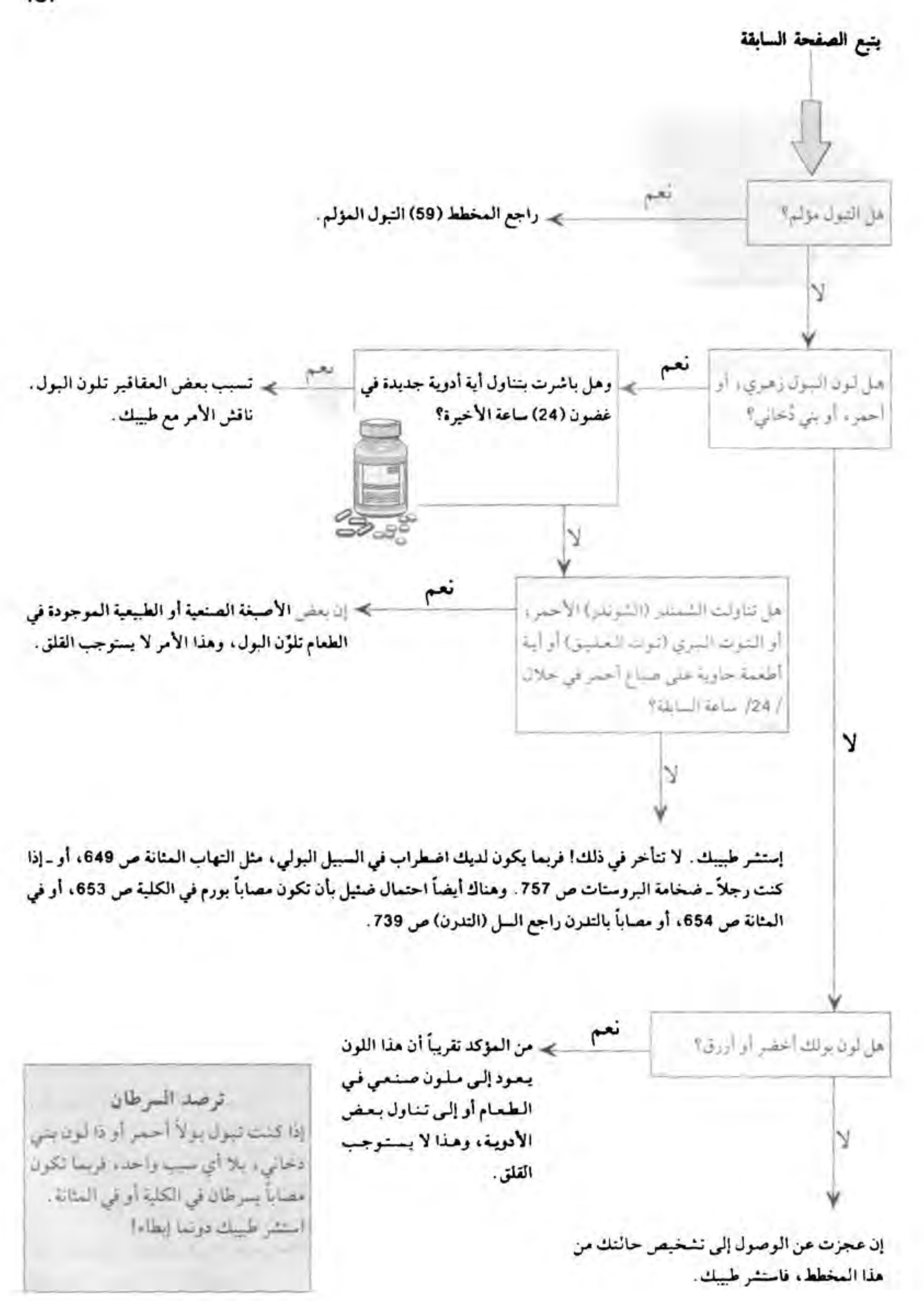
التعريف:

هو البول الذي يختلف مظهره عن مظهر البول العادي ذي اللون الأصفر الفاتح، أو الذي يكون معكراً أو مشوباً بالدم.



انتقل إلى الصفحة التالية

(1) السّنا: نبات يستعمل بمقادير بسيطة لتليين الغائط والكمية الأكبر منه تسبب الإسهال. (يعرف باسم السنامكي ـ أي الذي ينبت في مكة). الروائد: نبات مشابه.



يتبع الصفحة السابقة
هل التبول مؤلم؟
نعم
راجع المخطط (59) التبول المؤلم.
لا
هل لون البول زهري، أو أحمر، أو بني دُخاني؟
نعم
وهل باشرت بتناول أية أدوية جديدة في غضون (24) ساعة الأخيرة؟
نعم
تسبب بعض العقاقير تلون البول. ناقش الأمر مع طبيبك.
لا
هل تناولت الشمندر (الشوندر) الأحمر، أو التوت البري (توت العليق) أو أية أطعمة حاوية على صباغ أحمر في خلال / 24/ ساعة السابقة؟
نعم
إن بعض الأصبغة الصنعية أو الطبيعية الموجودة في الطعام تلوّن البول، وهذا الأمر لا يستوجب القلق.
لا
إستشر طبيبك. لا تتأخر في ذلك! فربما يكون لديك اضطراب في السبيل البولي، مثل التهاب المثانة ص 649، أو ـ إذا كنت رجلاً ـ ضخامة البروستات ص 757. وهناك أيضاً احتمال ضئيل بأن تكون مصاباً بورم في الكلية ص 653، أو في المثانة ص 654، أو مصاباً بالتدرن راجع السل (التدرن) ص 739.
لا
هل لون بولك أخضر أو أزرق؟
نعم
من المؤكد تقريباً أن هذا اللون يعود إلى ملون صنعي في الطعام أو إلى تناول بعض الأدوية، وهذا لا يستوجب القلق.
لا
إن عجزت عن الوصول إلى تشخيص حالتك من هذا المخطط، فاستشر طبيبك.
ترصد السرطان
إذا كنت تبول بولاً أحمر أو ذا لون بني دخاني، بلا أي سبب واحد، فربما تكون مصاباً بسرطان في الكلية أو في المثانة. استشر طبيبك دونما إبطاء!

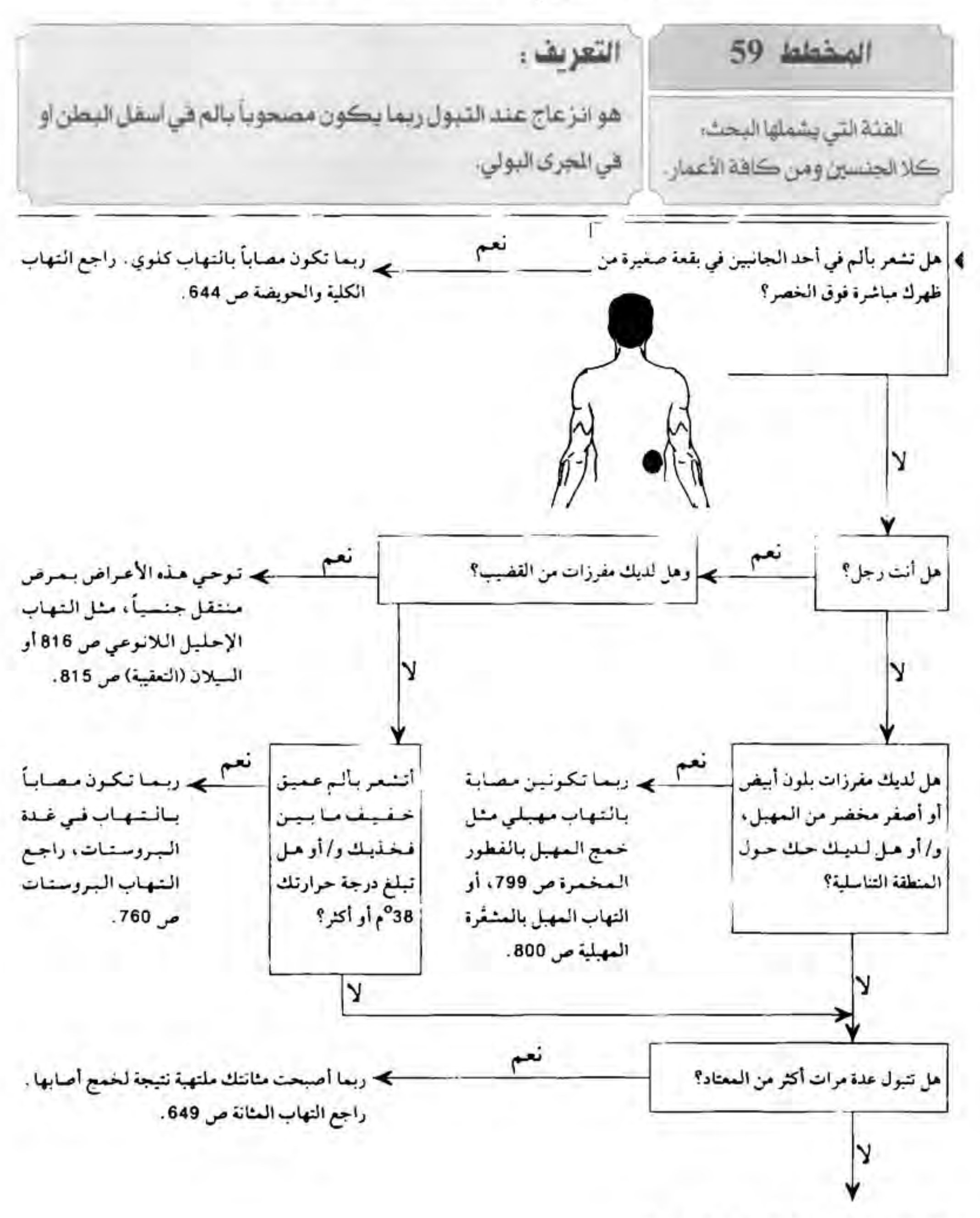
التَبَوُّل المُؤْلِم (Painful urination)

المخطط 59

الفئة التي يشملها البحث:
كلا الجنسين ومن كافة الأعمار.

التعريف :

هو انزعاج عند التبول ربما يكون مصحوباً بألم في أسفل البطن أو في المجرى البولي.



إن عجزت عن الوصول إلى تشخيص حالتك من هذا المخطط، فاستشر طبيبك.

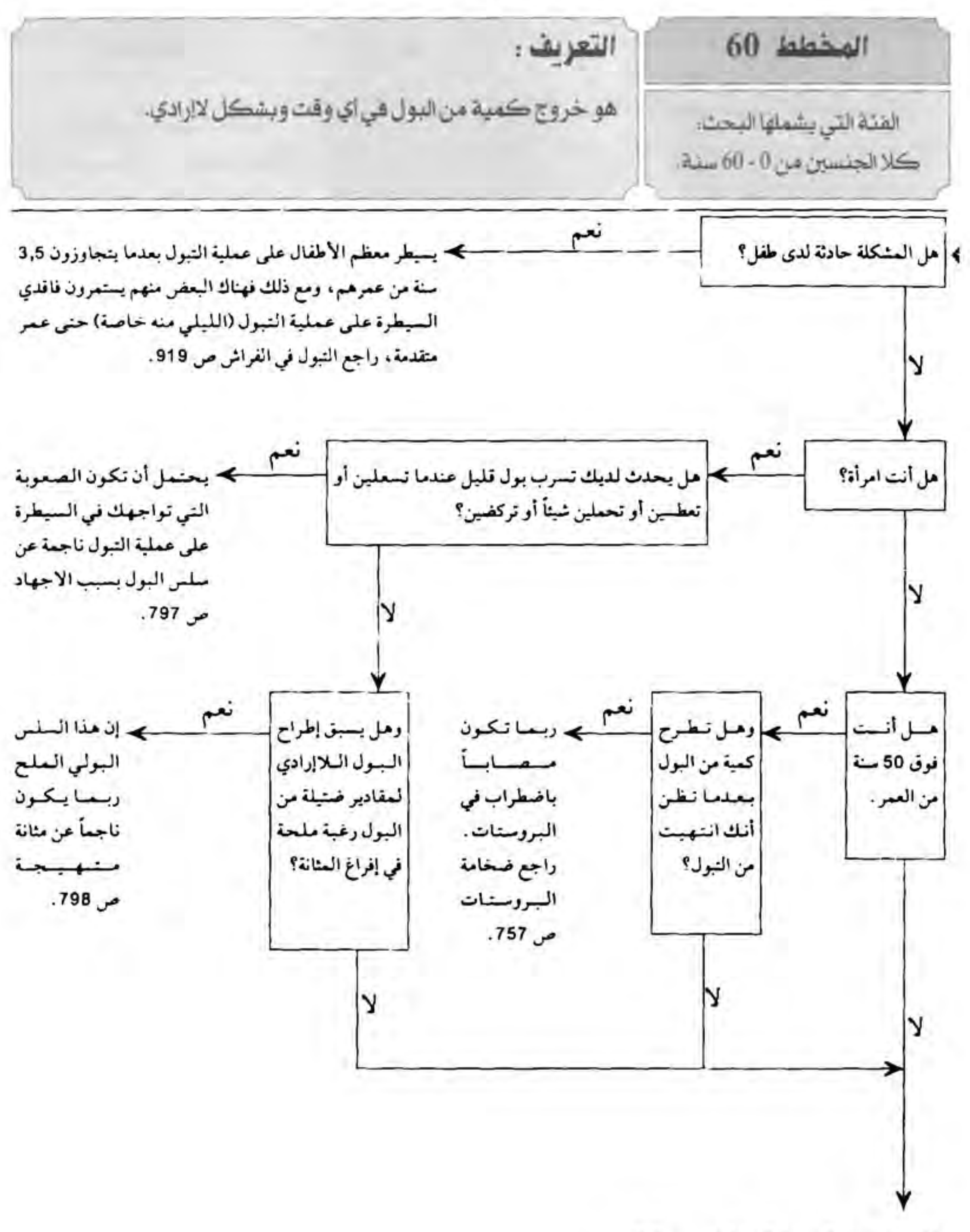
سَلَسُ البَوْل (Enuresis)

المخطط 60

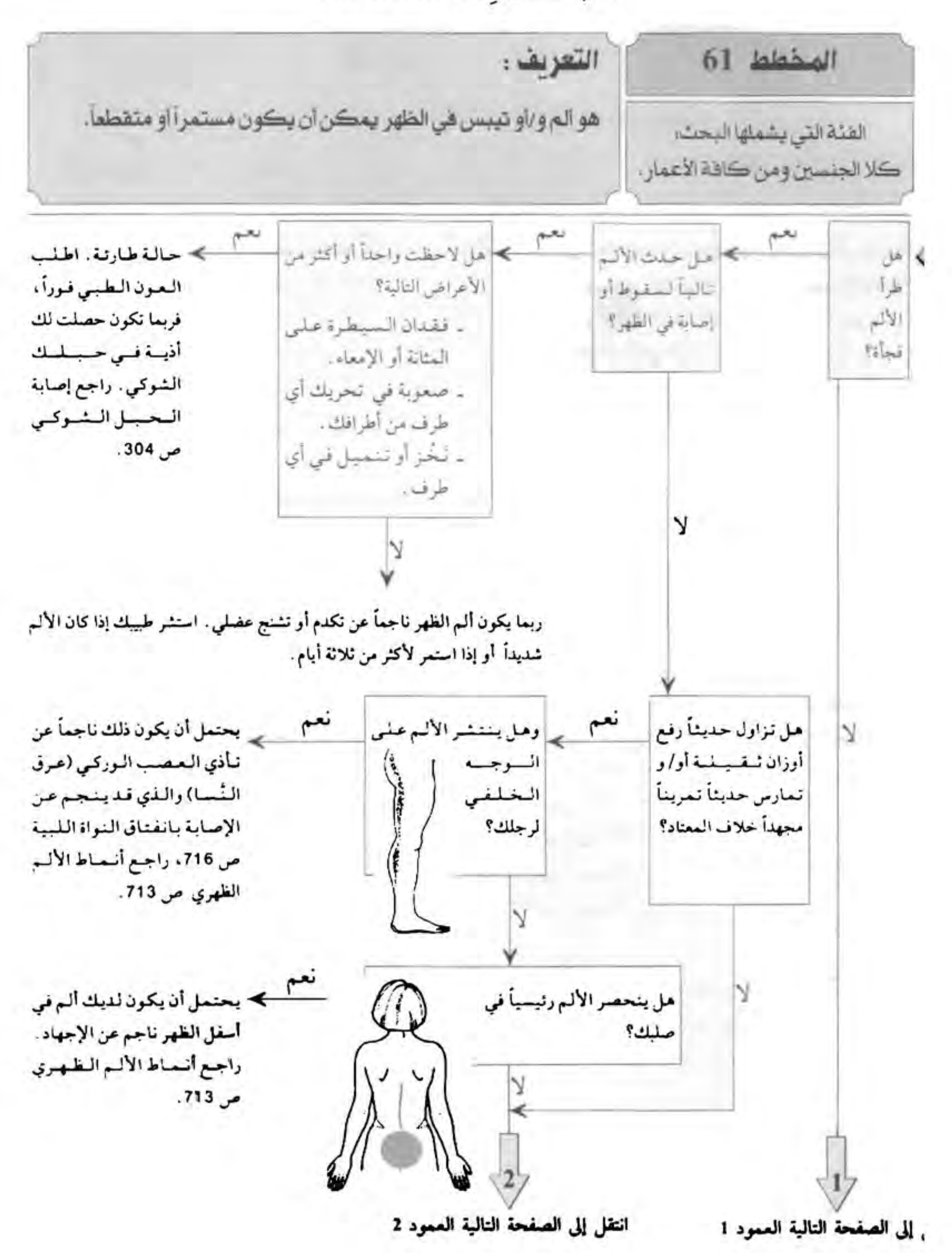
الفئة التي يشملها البحث:
كلا الجنسين من 0 - 60 سنة.

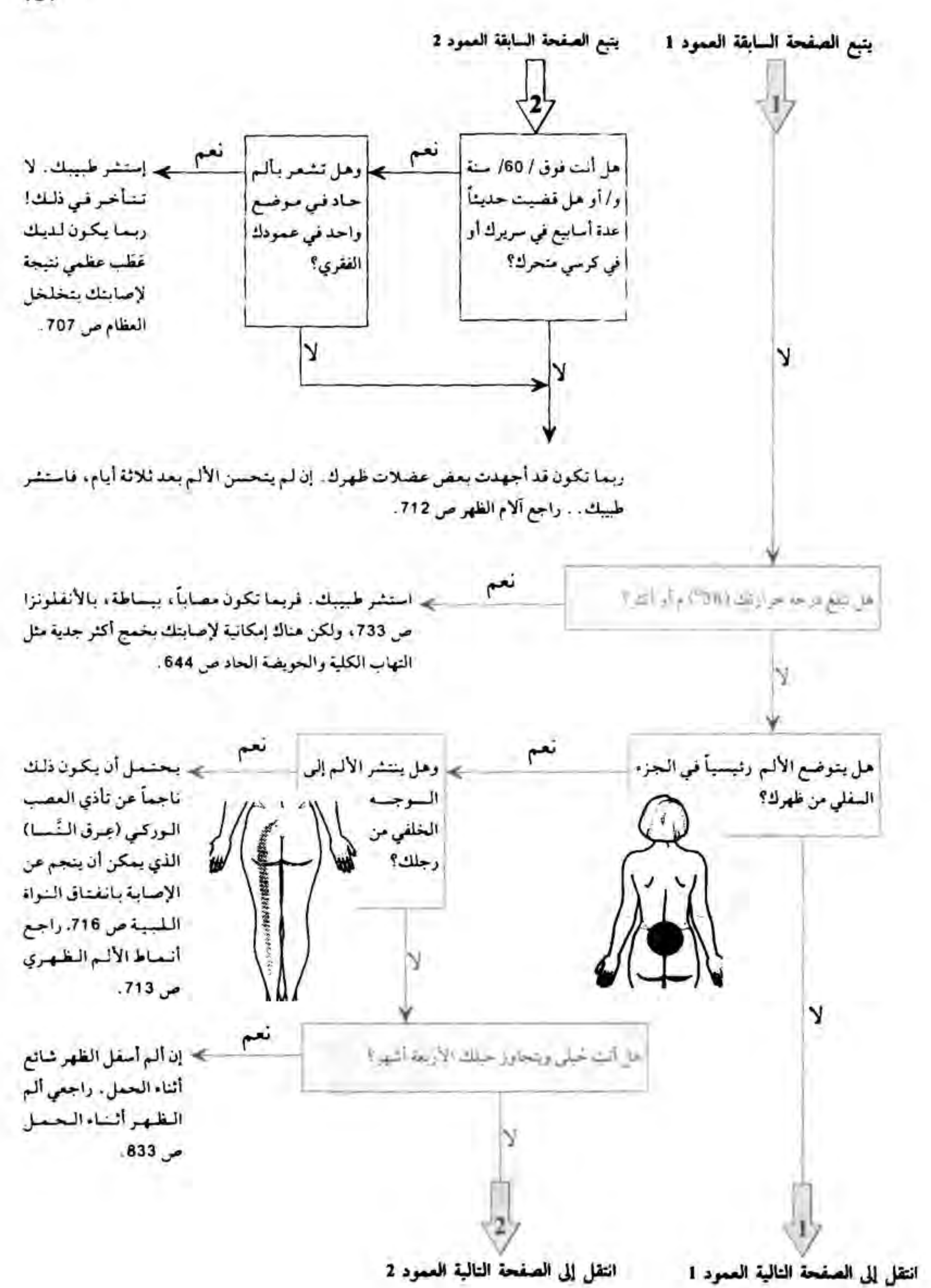
التعريف:

هو خروج كمية من البول في أي وقت وبشكل لاإرادي.

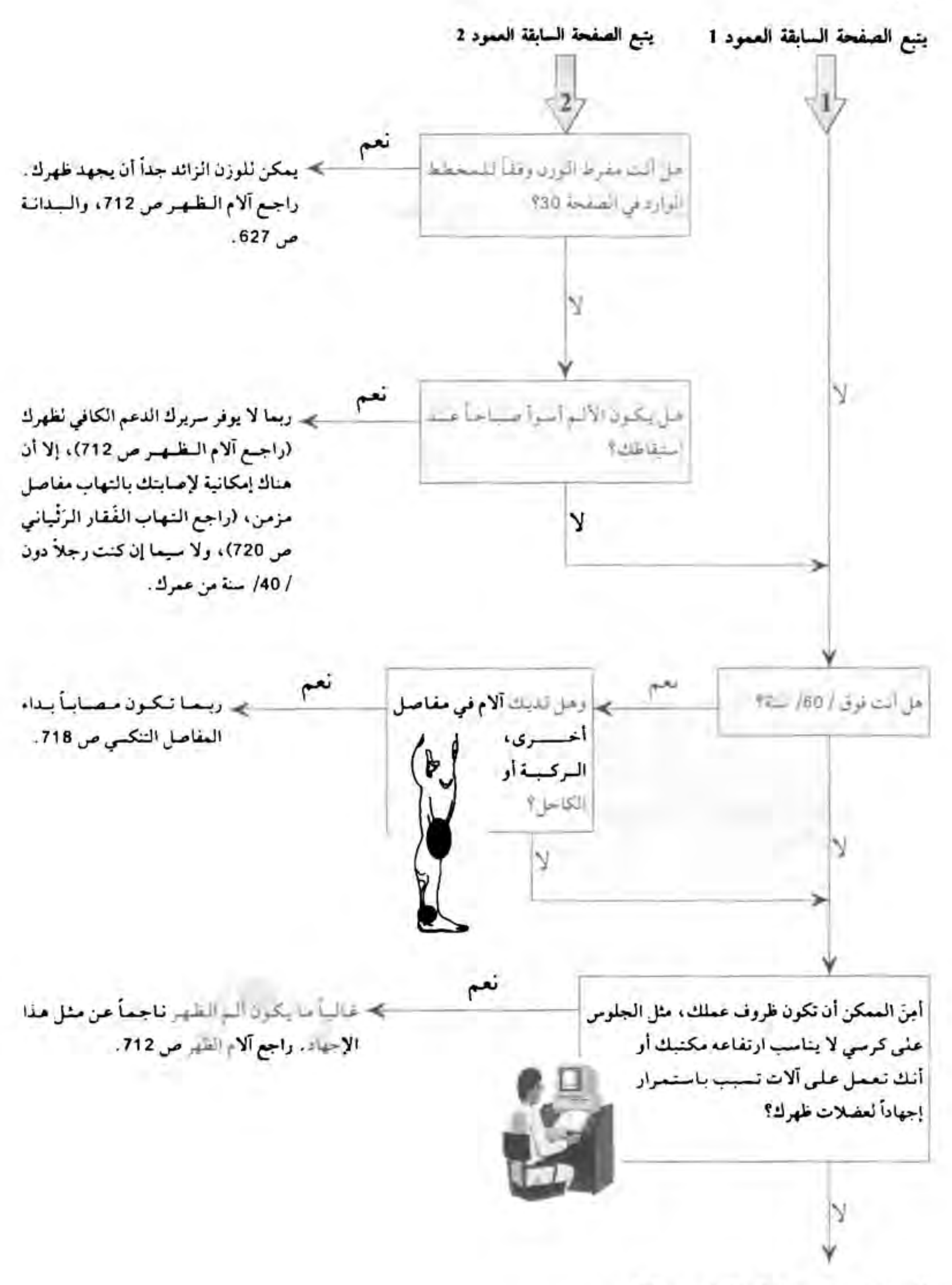


أَلَمُ الظَّهْرِ (Backache)





يتبع الصفحة السابقة العمود 1
يتبع الصفحة السابقة العمود 2
2
1
هل أنت فوق / 60/ سنة و/ أو هل قضيت حديثاً عدة أسابيع في سريرك أو في كرسي متحرك؟
نعم
وهل تشعر بألم حاد في موضع واحد في عمودك الفقري؟
نعم
إستشر طبيبك. لا تتأخر في ذلك! ربما يكون لديك عَطَب عظمي نتيجة لإصابتك بتخلخل العظام ص 707.
لا
لا
لا
ربما تكون قد أجهدت بعض عضلات ظهرك. إن لم يتحسن الألم بعد ثلاثة أيام، فاستشر طبيبك.. راجع آلام الظهر ص 712.
هل تبلغ درجة حرارتك (38°) م أو أكثر؟
نعم
استشر طبيبك. فربما تكون مصاباً، ببساطة، بالأنفلونزا ص 733، ولكن هناك إمكانية لإصابتك بخمج أكثر جدية مثل التهاب الكلية والحويضة الحاد ص 644.
لا
هل يتوضع الألم رئيسياً في الجزء السفلي من ظهرك؟
نعم
وهل ينتشر الألم إلى الوجه الخلفي من رجلك؟
نعم
يحتمل أن يكون ذلك ناجماً عن تأذي العصب الوركي (عِرق النَّسا) الذي يمكن أن ينجم عن الإصابة بانفتاق النواة اللبية ص 716. راجع أنماط الألم الظهري ص 713.
لا
لا
هل أنت حبلى وتجاوز حملك الأربعة أشهر؟
نعم
إن ألم أسفل الظهر شائع أثناء الحمل. راجعي ألم الظهر أثناء الحمل ص 833.
لا
2
1
انتقل إلى الصفحة التالية العمود 2
انتقل إلى الصفحة التالية العمود 1



إن عجزت عن الوصول إلى تشخيص حالتك من هذا المخطط، فاستشر طبيبك.

المَعَصُ (Cramp)



المخطط 62

الفئة التي يشملها البحث:
كلا الجنسين ومن كافة الأعمار.

التعريف:

هو عبارة عن شد أو تشنج لاإرادي مؤلم يحدث في عضلات الجسم عامة ما عدا عضلات البطن.

هل حصل المعص بينما كنت نائماً؟

نعم ← إن المعوص الليلية شائعة جداً ولا تستوجب القلق. أما إن كانت تحدث مراراً، فجرب أن ترفع سريرك من ناحية القدمين. راجع المعص ص 703.

لا ↓

قبل بداية المعص، هل كنت موجوداً في مكان حار جداً لعدة ساعات؟

نعم ← ربما تعاني من إنهاك الحرارة ص 958.

لا ↓

هل حصل المعص إبان تمرين عنيف أو بعده بفترة وجيزة؟

نعم ← يحتمل أن المعص نجم عن فرط إجهاد العضلات، وهذا لا يستوجب القلق. ومع ذلك إن كنت تصاب مراراً بمعص الساقين عندما تمشي، فربما تكون مصاباً باضطراب دوراني مثل تصلب الشرايين ص 491، أو داء برغر ص505.

لا ↓

هل كنت تجلس في وضع مزعج قبل أن يحصل لك المعص؟

نعم ← يحتمل أن يكون معصك نتيجة للإجهاد العضلي ولا يستوجب القلق. راجع المعص ص 703.

لا ↓

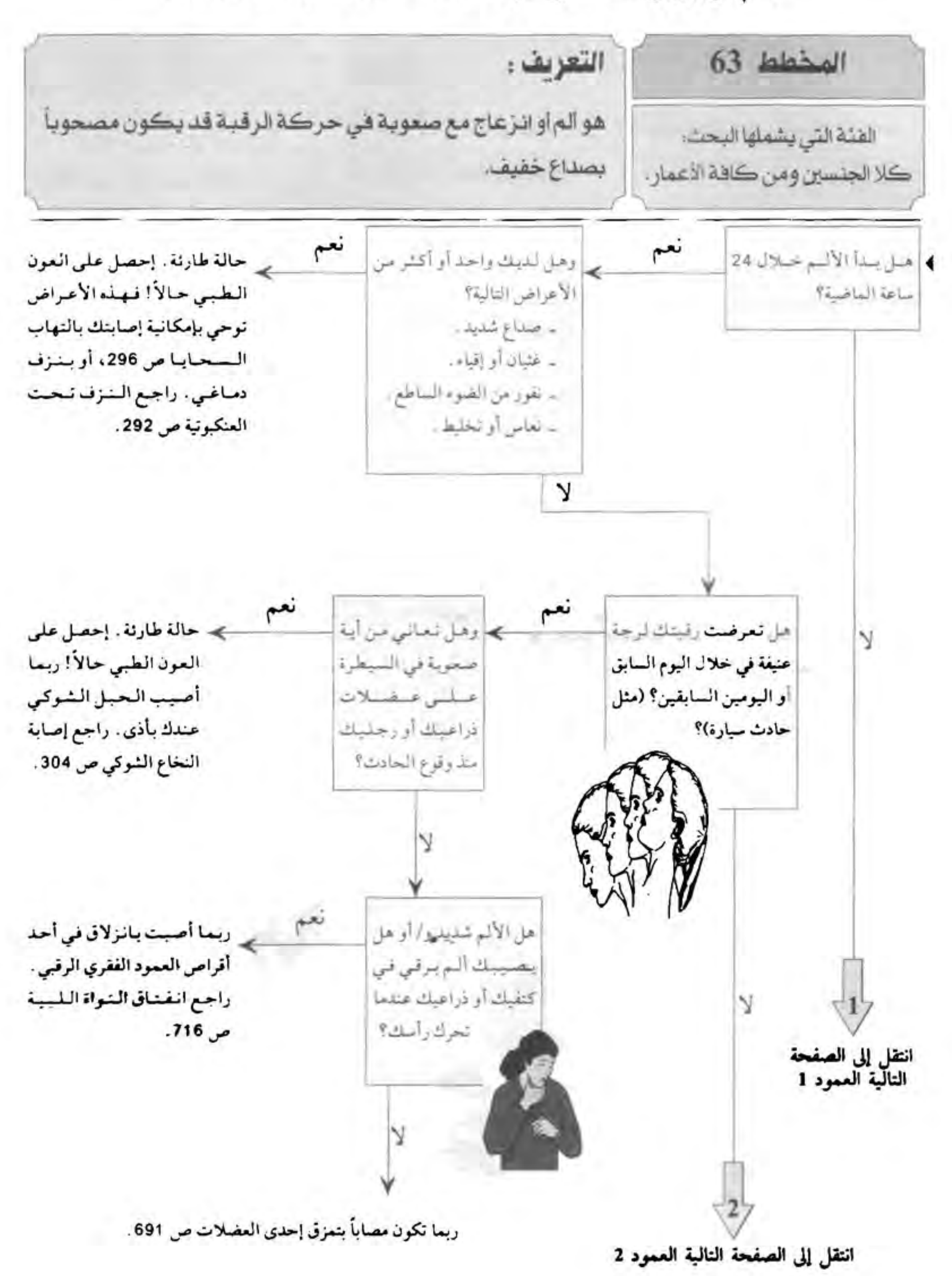
إن عجزت عن الوصول إلى تشخيص حالتك من هذا المخطط وإن استمرت تعاودك هجمات المعص المزعجة، فاستشر طبيك.

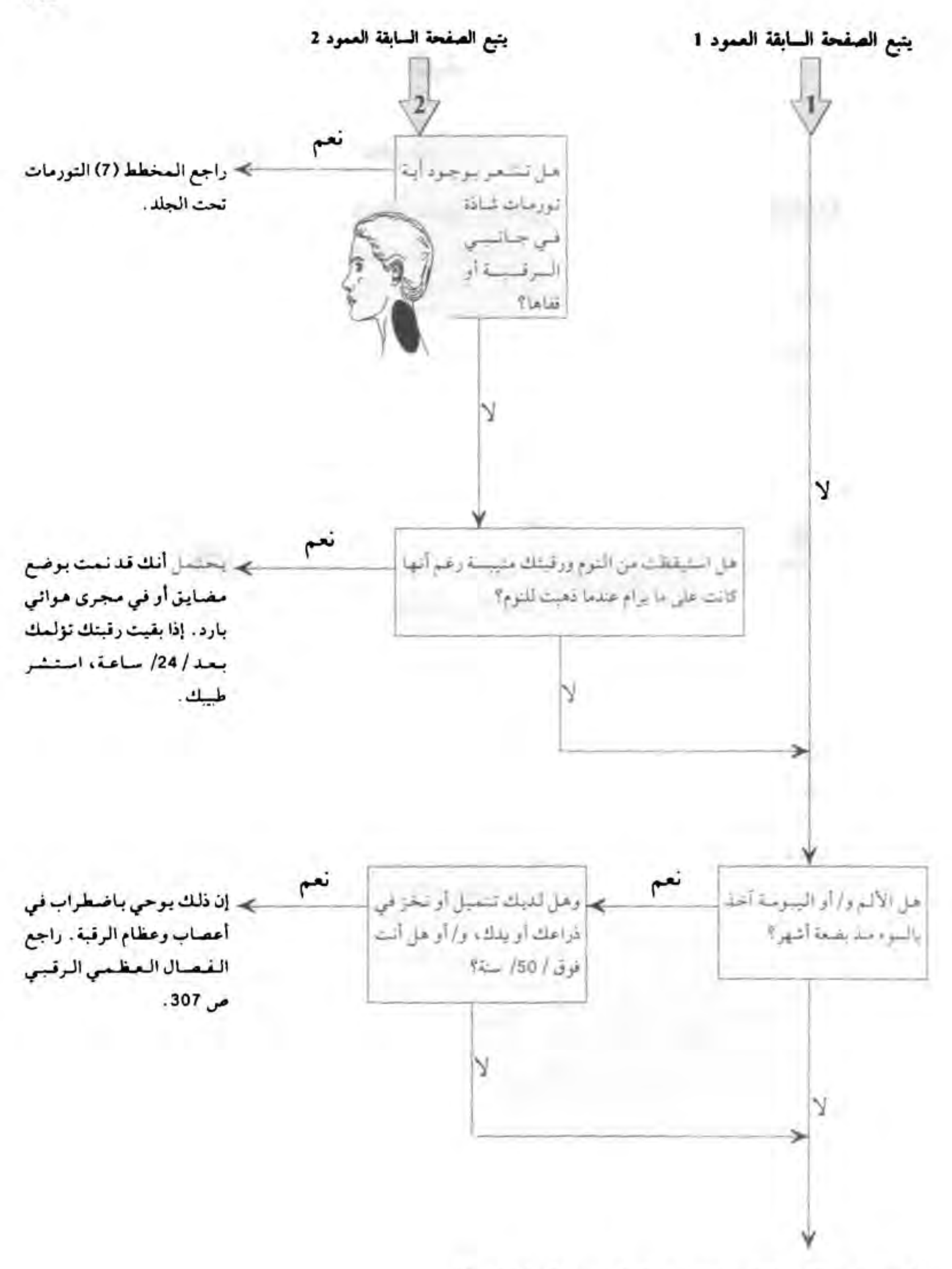
التعامل مع المَعَص

يمكن تسكين معظم المعوص بتمطيط العضلات المصابة. فمثلاً، إذا كانت عضلة رَبْلَتك[1] مصابة بالمعص، فإن مد الساق وعطف القدم نحو الأعلى يساعد على تخفيف هذا المعص، كما يفيد أيضاً تمسيد العضلات الممعوصة أو الوقوف على الساق المصابة بالمعص.

(1) الرَبْلَة: هي عضلة الساق الواقعة على وجهه الخلفي، وتعرف باللهجة الشائعة بـ(بطة الرِجْل).

أَلَمُ أو يبوسة الرَّقَبَة (Paiful and/or stiff neck)





إن عجزت عن الوصول إلى تشخيص حالتك من هذا المخطط، وإذا استمرت المشكلة لأكثر من / 24/ ساعة، فاستشر طبيبك.

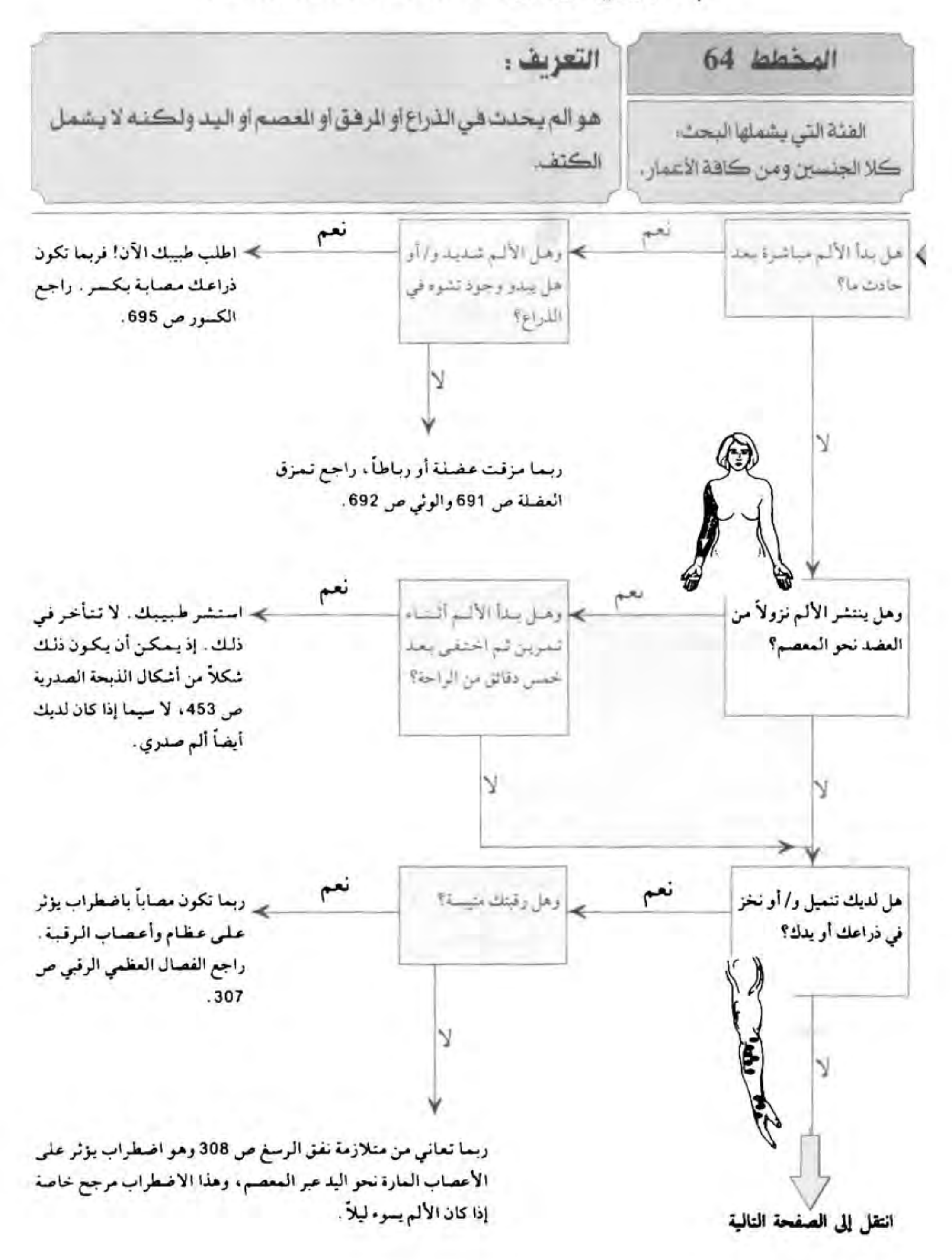
أَلَمُ الذِراع أَو اليَد (Painful arm or hand)

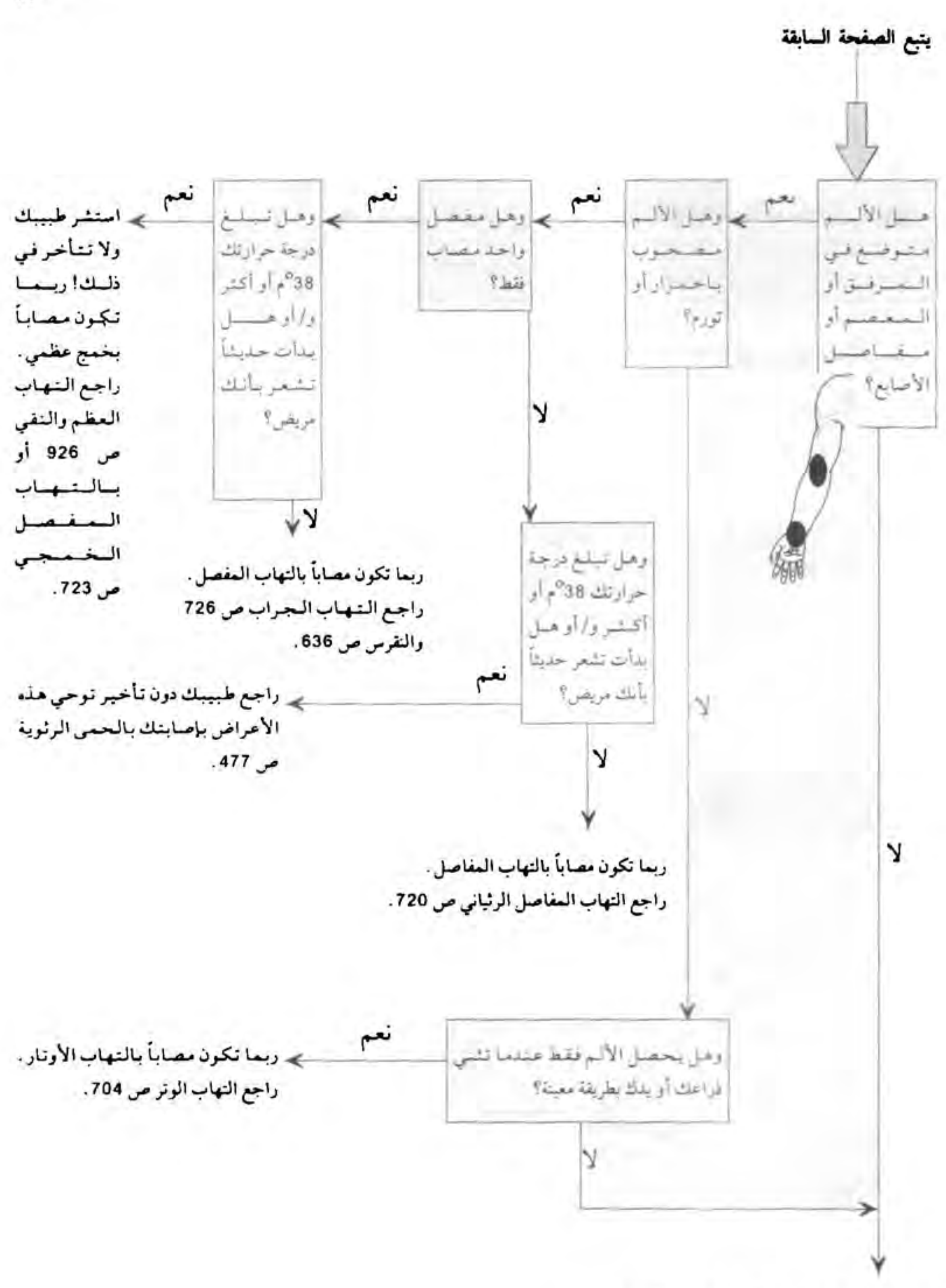
المخطط 64

الفئة التي يشملها البحث:
كلا الجنسين ومن كافة الأعمار.

التعريف :

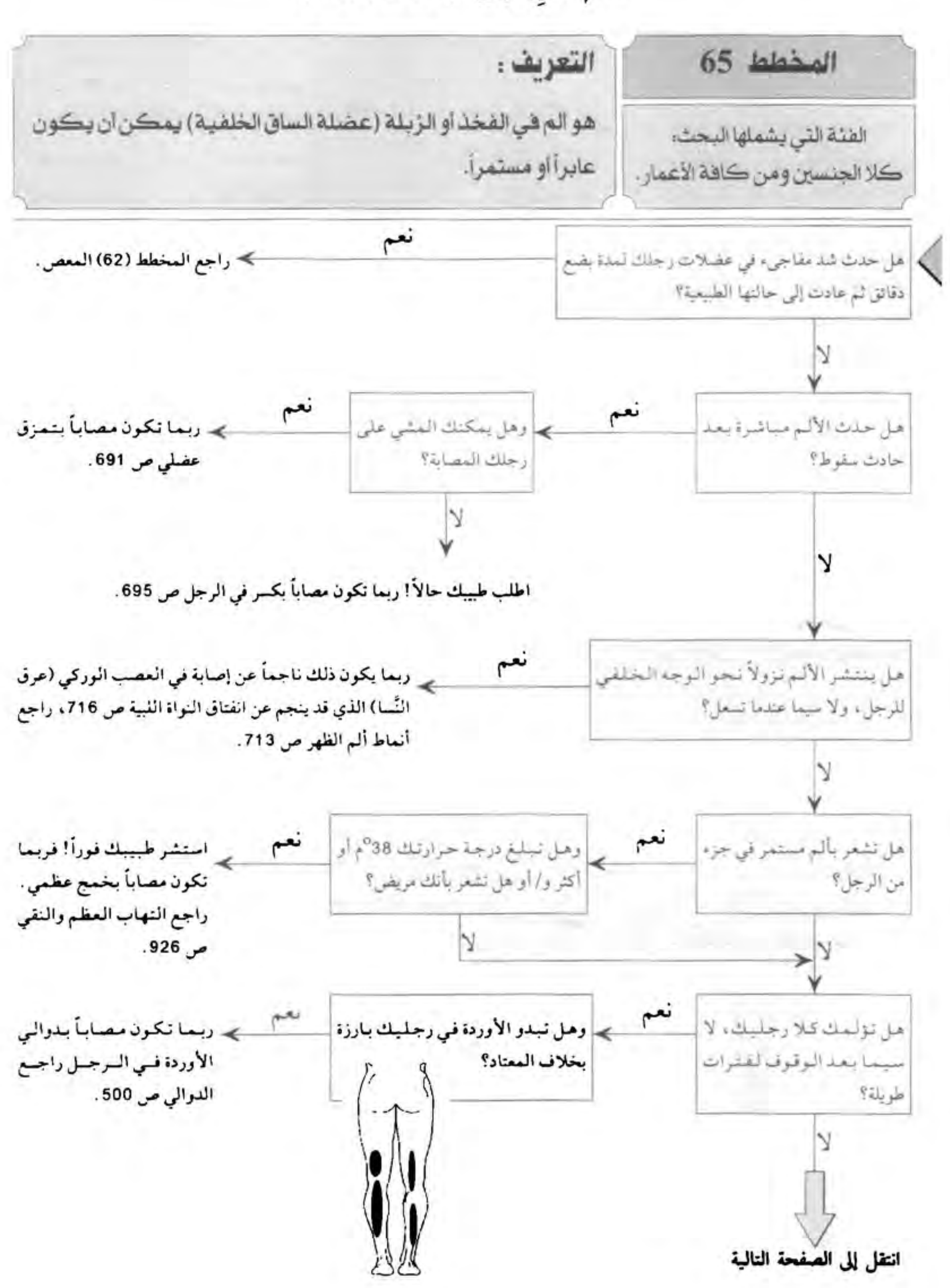
هو ألم يحدث في الذراع أو المرفق أو المعصم أو اليد ولكنه لا يشمل الكتف.

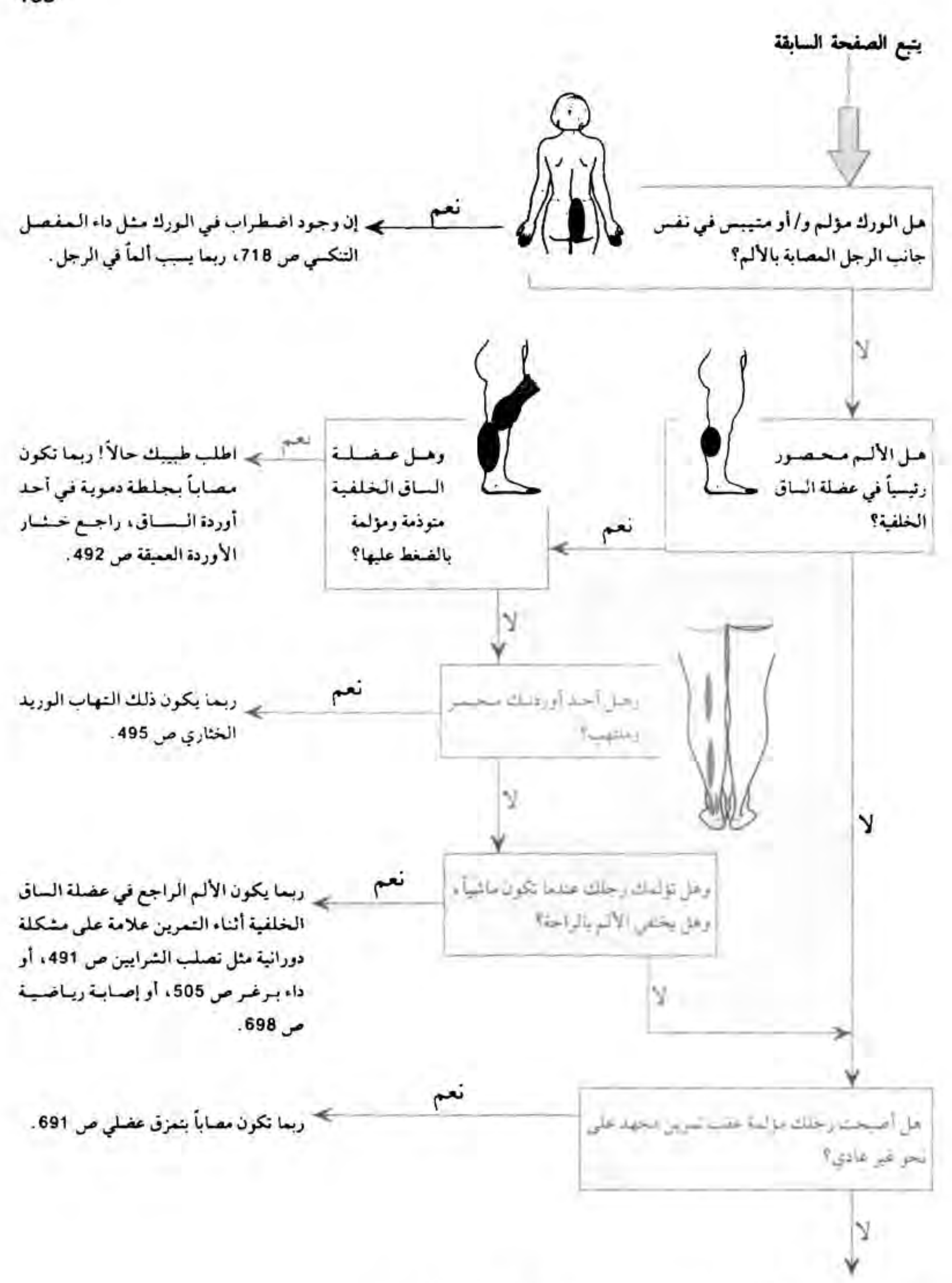




إن عجزت عن الوصول إلى تشخيص حالتك من هذا المخطط، فاستشر طبيبك.

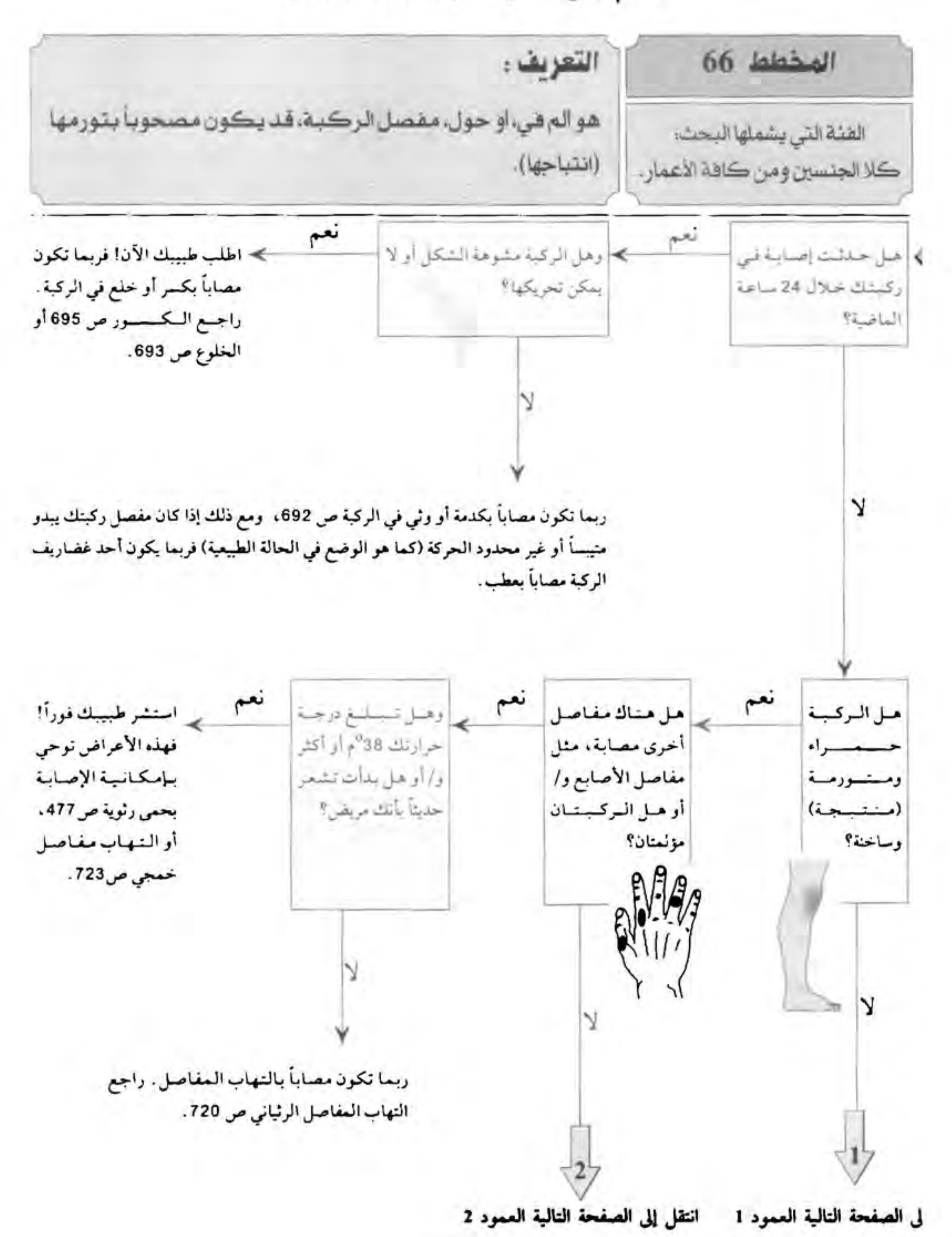
أَلَمُ الرِجْل (Painful leg)

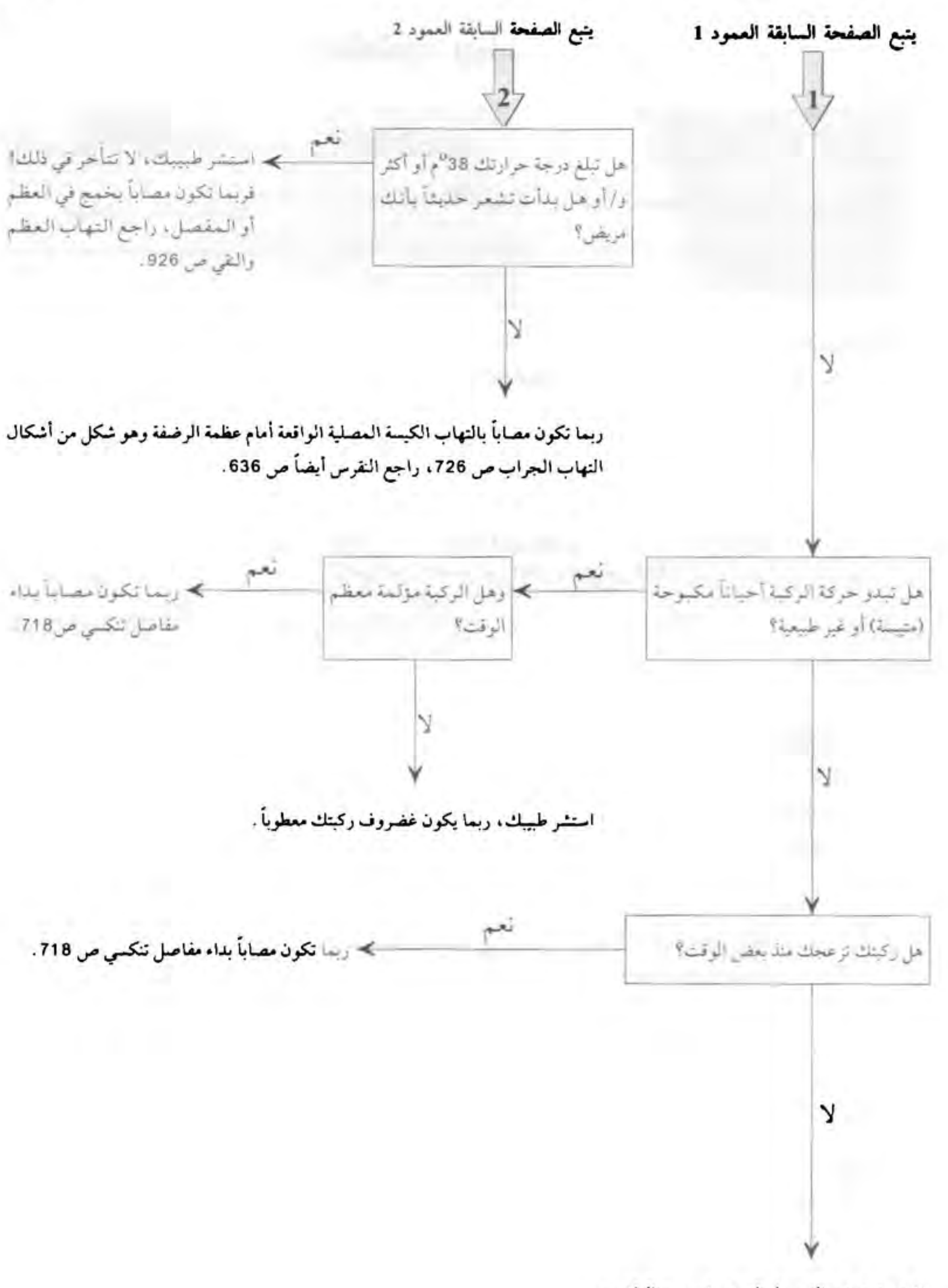




إن عجزت عن الوصول إلى تشخيص حالتك من هذا المخطط، وإذا ما استمر الألم لأكثر من 48 ساعة، أو إذا أخذ يزداد سوءاً، فاستشر طبيبك.

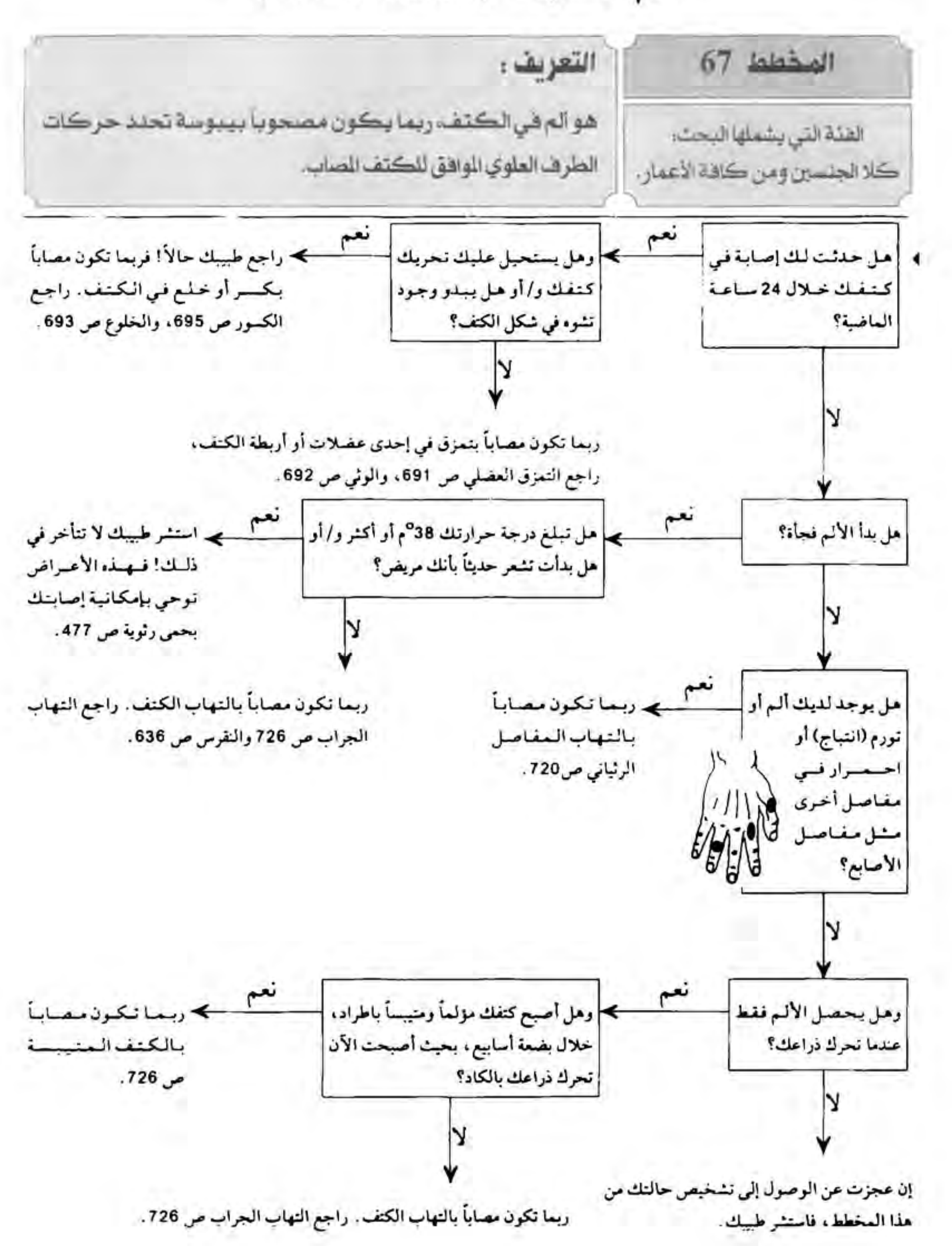
أَلَمُ الرُكْبَة (Painful knee)



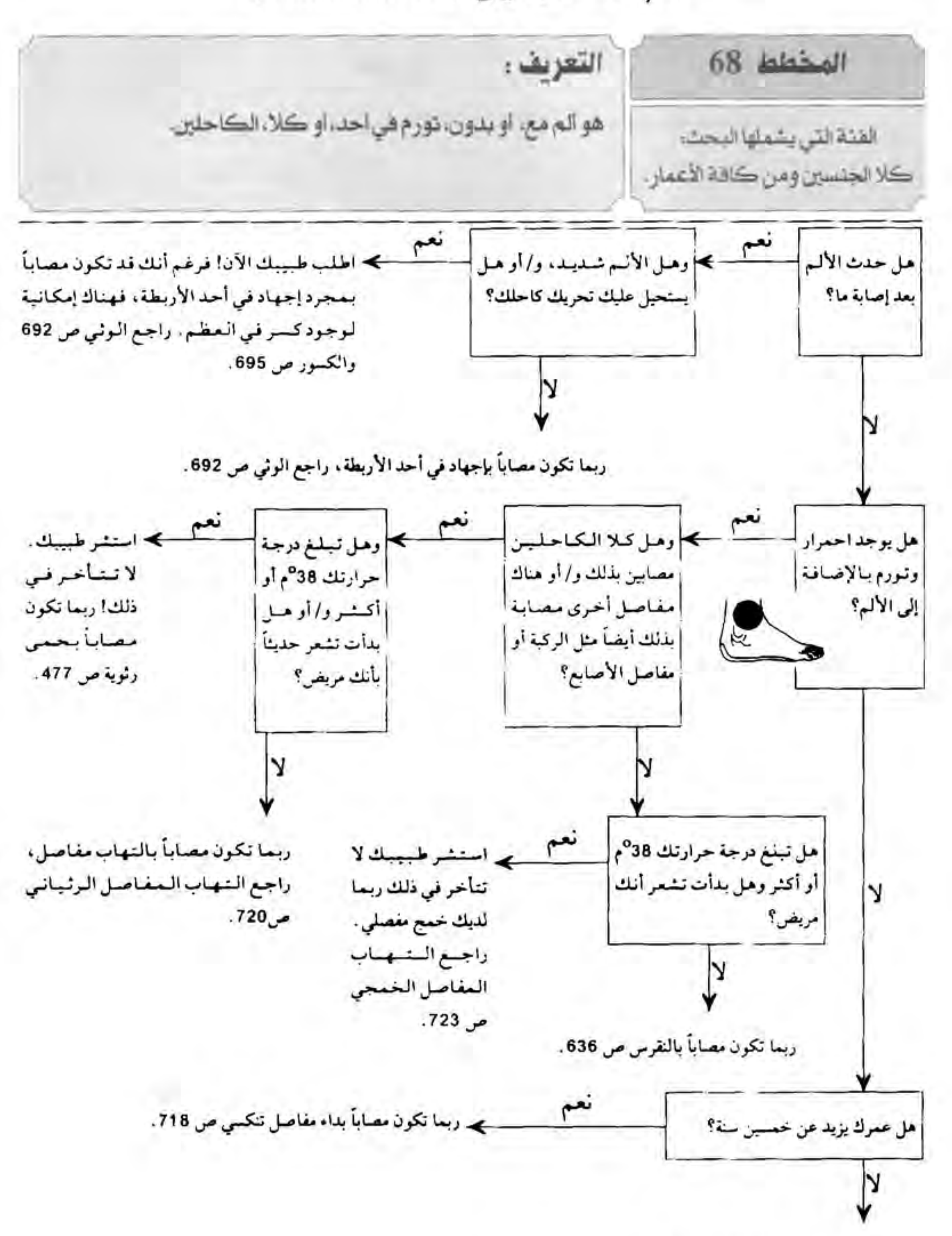


يتبع الصفحة السابقة العمود 1
يتبع الصفحة السابقة العمود 2
1
2
هل تبلغ درجة حرارتك 38°م أو أكثر و/أو هل بدأت تشعر حديثاً بأنك مريض؟
نعم
استشر طبيبك، لا تتأخر في ذلك! فربما تكون مصاباً بخمج في العظم أو المفصل، راجع التهاب العظم والنقي ص 926.
لا
ربما تكون مصاباً بالتهاب الكيسة المصلية الواقعة أمام عظمة الرضفة وهو شكل من أشكال التهاب الجراب ص 726، راجع النقرس أيضاً ص 636.
لا
هل تبدو حركة الركبة أحياناً مكبوحة (متيبسة) أو غير طبيعية؟
نعم
وهل الركبة مؤلمة معظم الوقت؟
نعم
ربما تكون مصاباً بداء مفاصل تنكسي ص718.
لا
استشر طبيبك، ربما يكون غضروف ركبتك معطوباً.
لا
هل ركبتك تزعجك منذ بعض الوقت؟
نعم
ربما تكون مصاباً بداء مفاصل تنكسي ص 718.
لا
إن عجزت عن الوصول إلى تشخيص حالتك من هذا المخطط، فاستشر طبيبك.

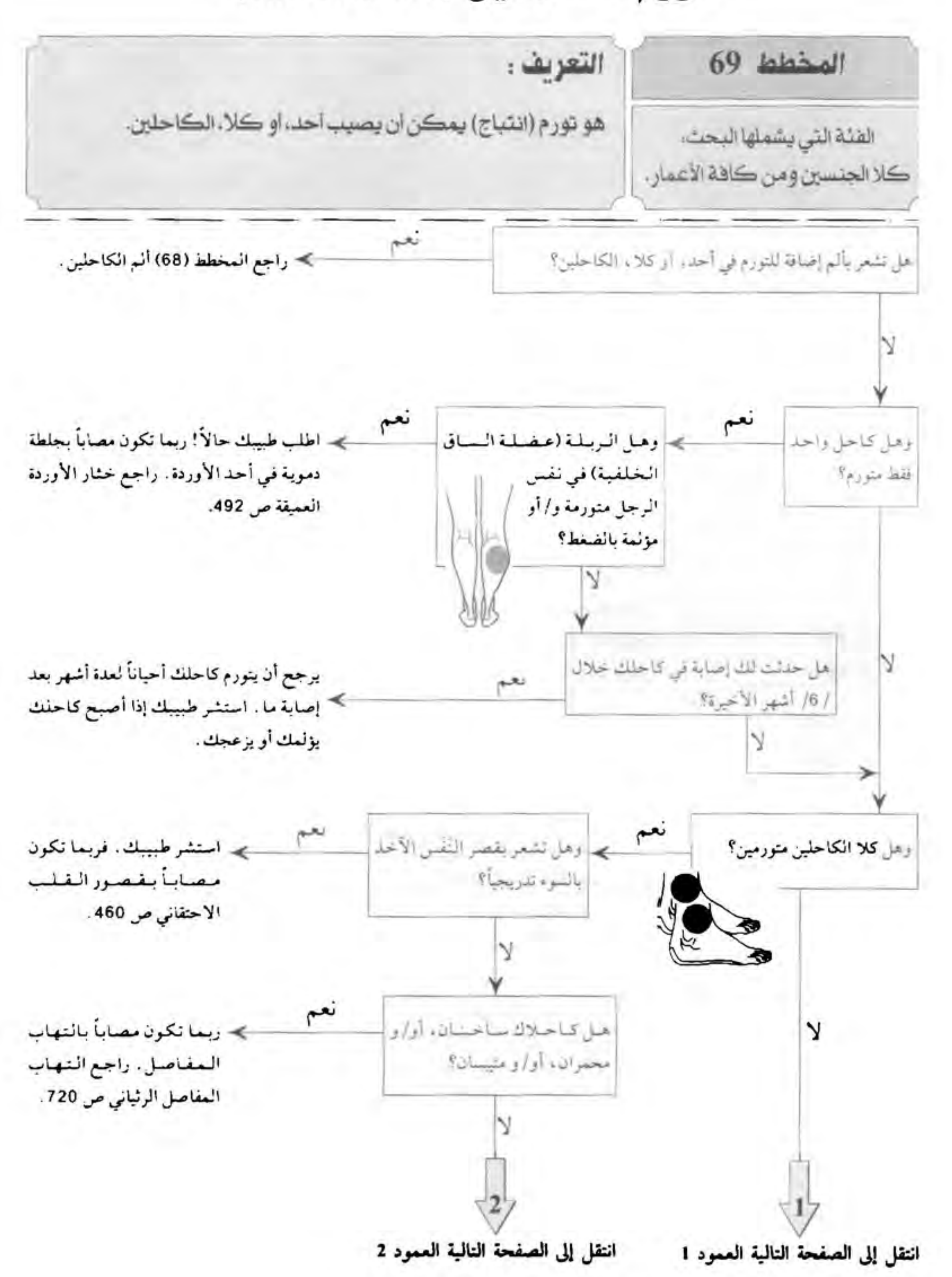
أَلَمُ الكَتِف (Painful shoulder)

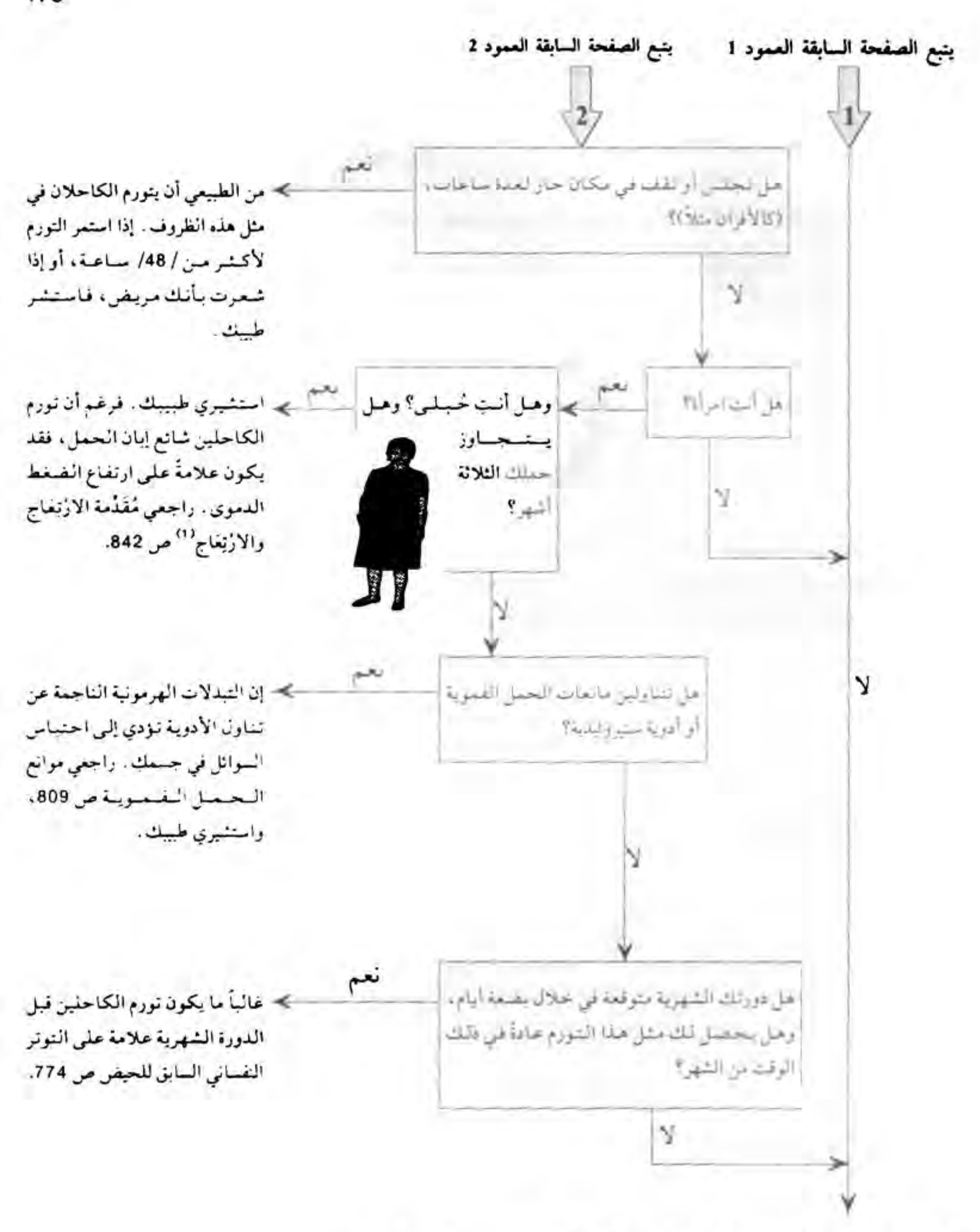


أَلَمُ الكَاحِليْن (Painful ankles)



تَوَرُّمُ الكَاحِلَيْن (Swollen ankles)



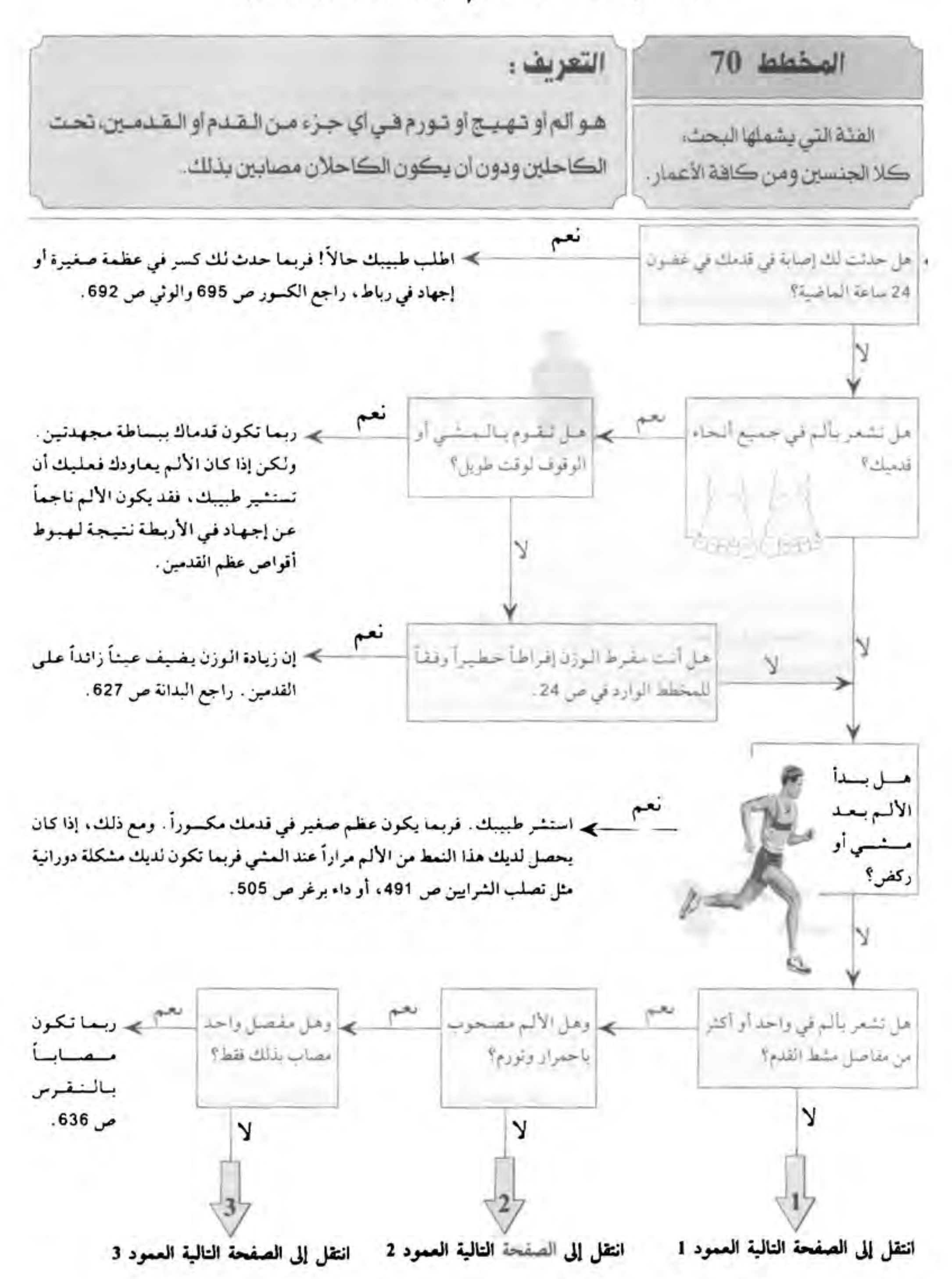


إن عجزت عن الوصول إلى تشخيص حالتك من هذا المخطط، وإذا استمر التورم لأكثر من / 48/ ساعة أو إن كنت تشعر بالمرض، فاستشر طبيبك.

---

(1) كان يُدعى سابقاً بالارتجاج الحملي، وهو مرض يُصيب الحبالى بعد الأسبوع العشرين من الحبل عادةً ويتصف بحدوث اختلاجات إضافة لارتفاع ضغط الدم، ووذمة. أما مقدمة الارتعاج فهي الارتعاج بدون اختلاجات.

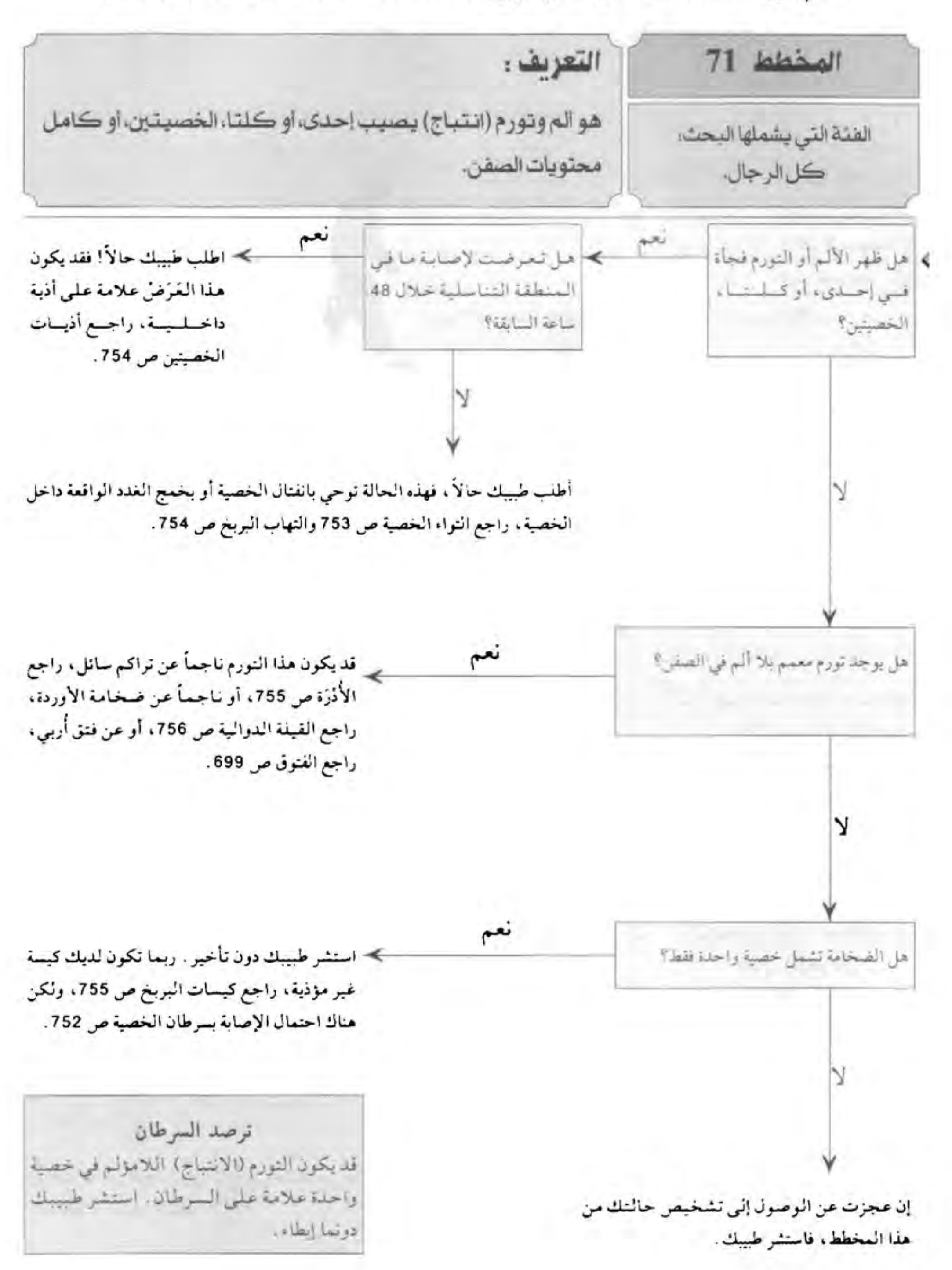
مُشْكِلاتُ القَدَم (Foot problems)



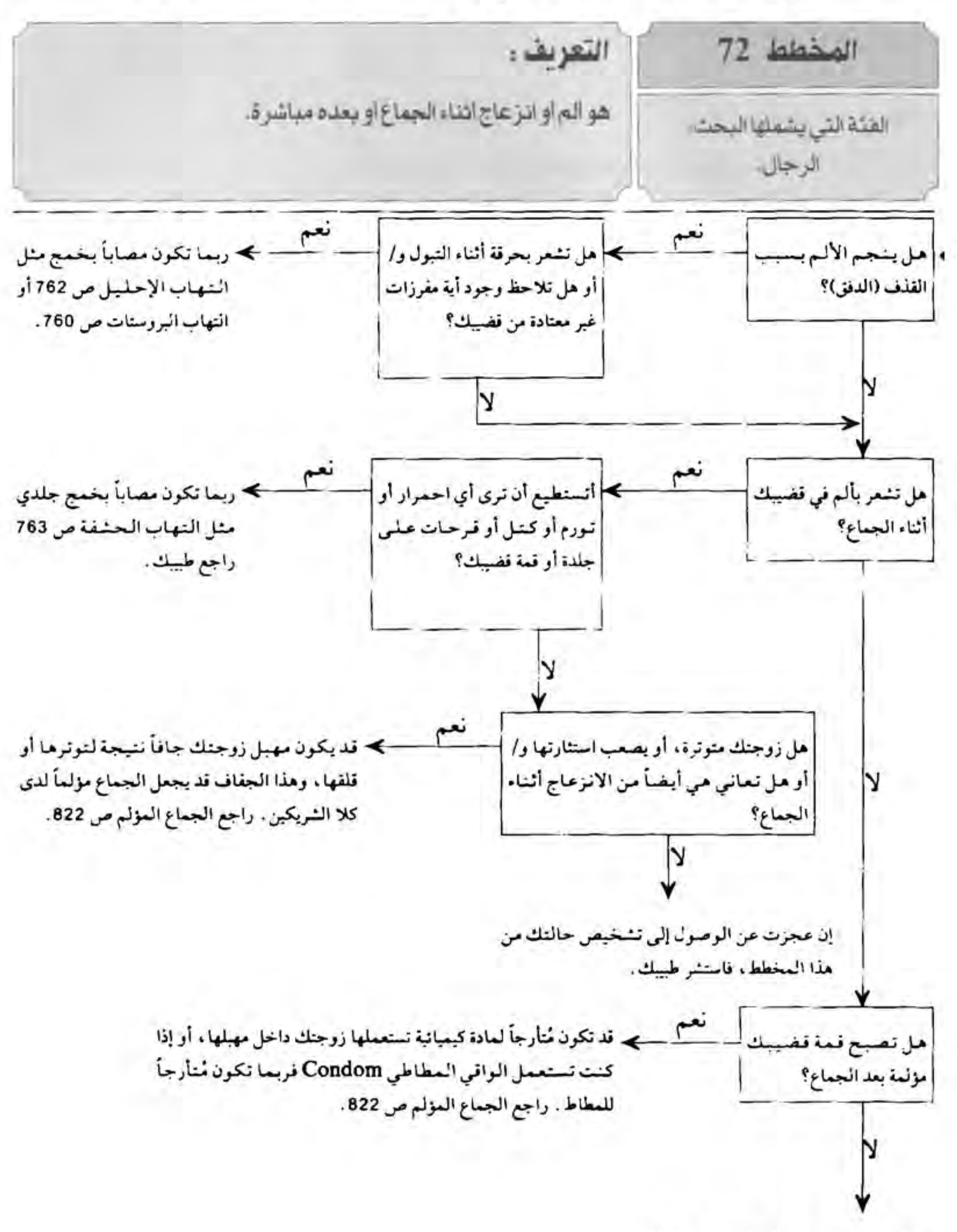


إن عجزت عن الوصول إلى تشخيص حالتك من هذا المخطط، فاستشر طبيبك.

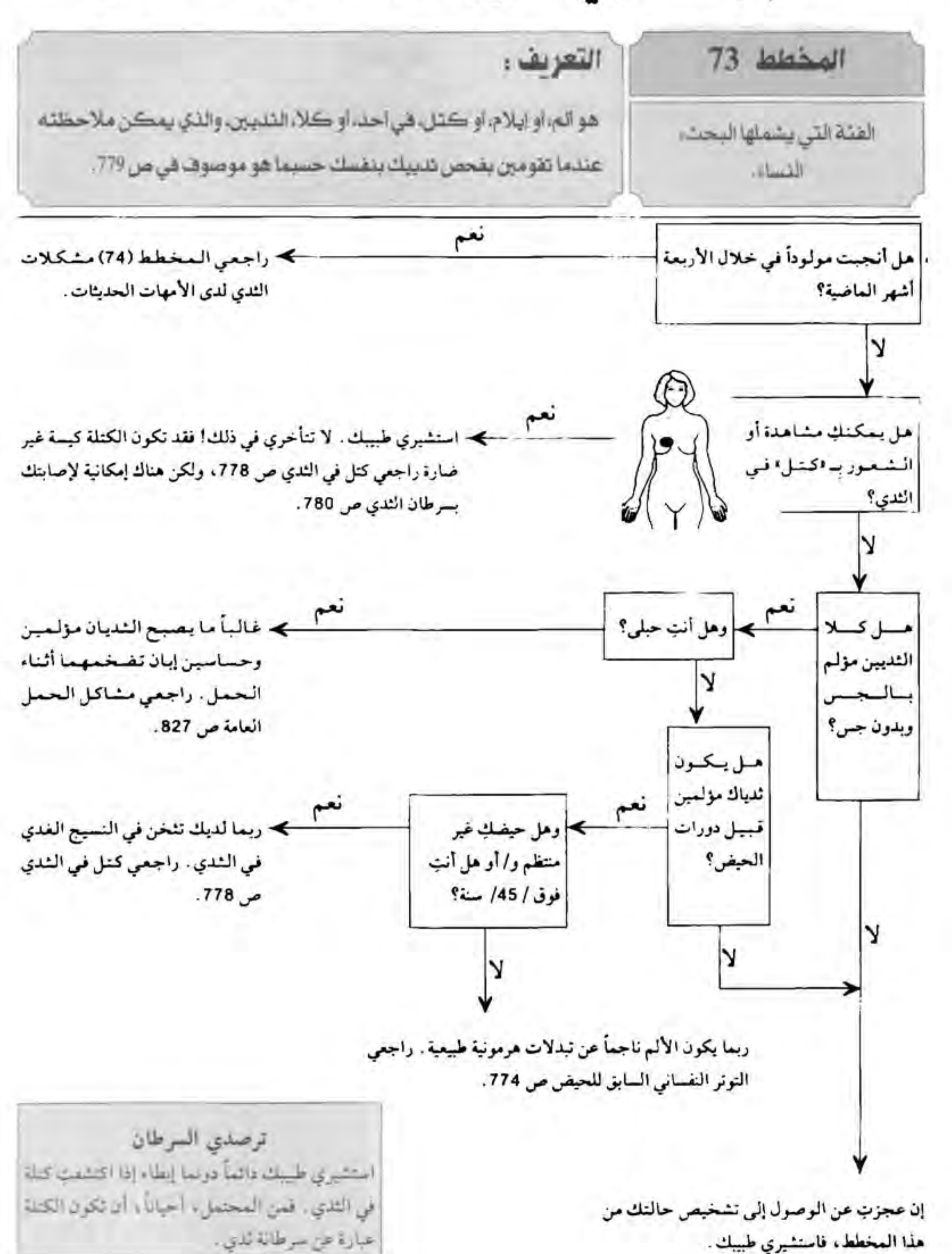
أَلَمُ أو ضَخَامَةُ الخِصْيَتين (Painful or enlarged testicles)



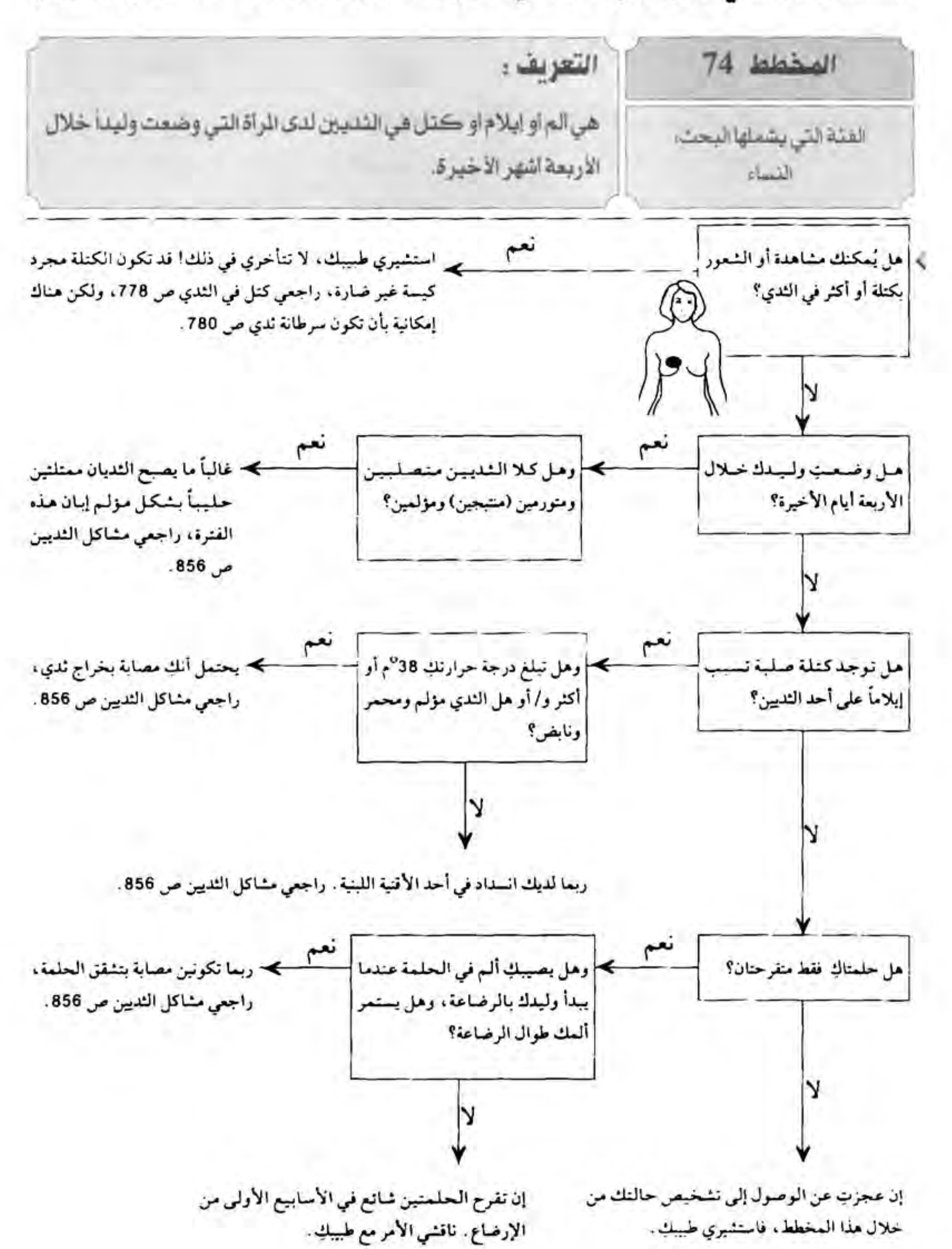
الجِماعُ المُؤلِمُ لدَى الرِجَال (Dyspareunia in men)



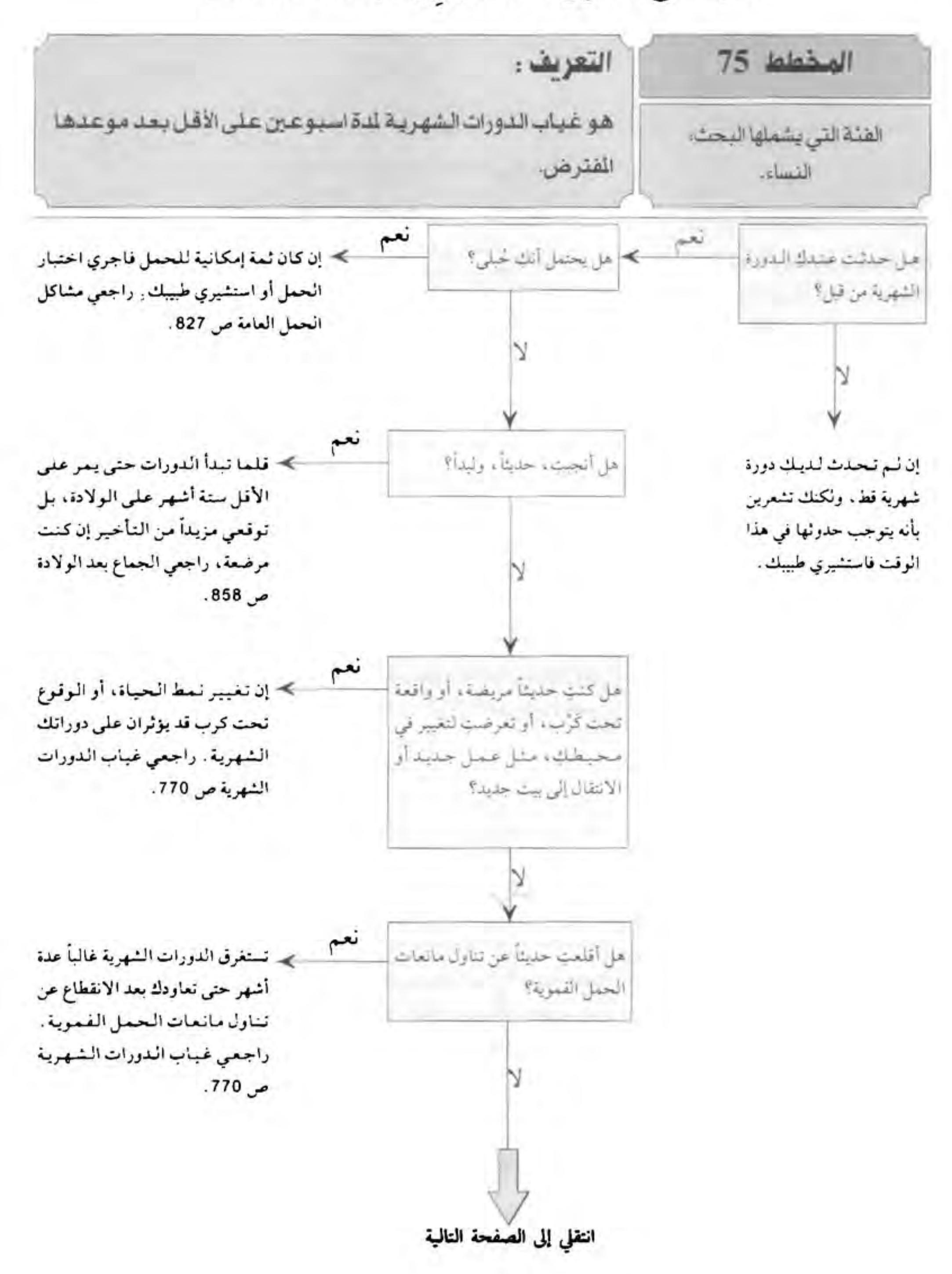
الأَلَمُ أو الكُتَلُ في الثدي (Pain or lumps in the breast)

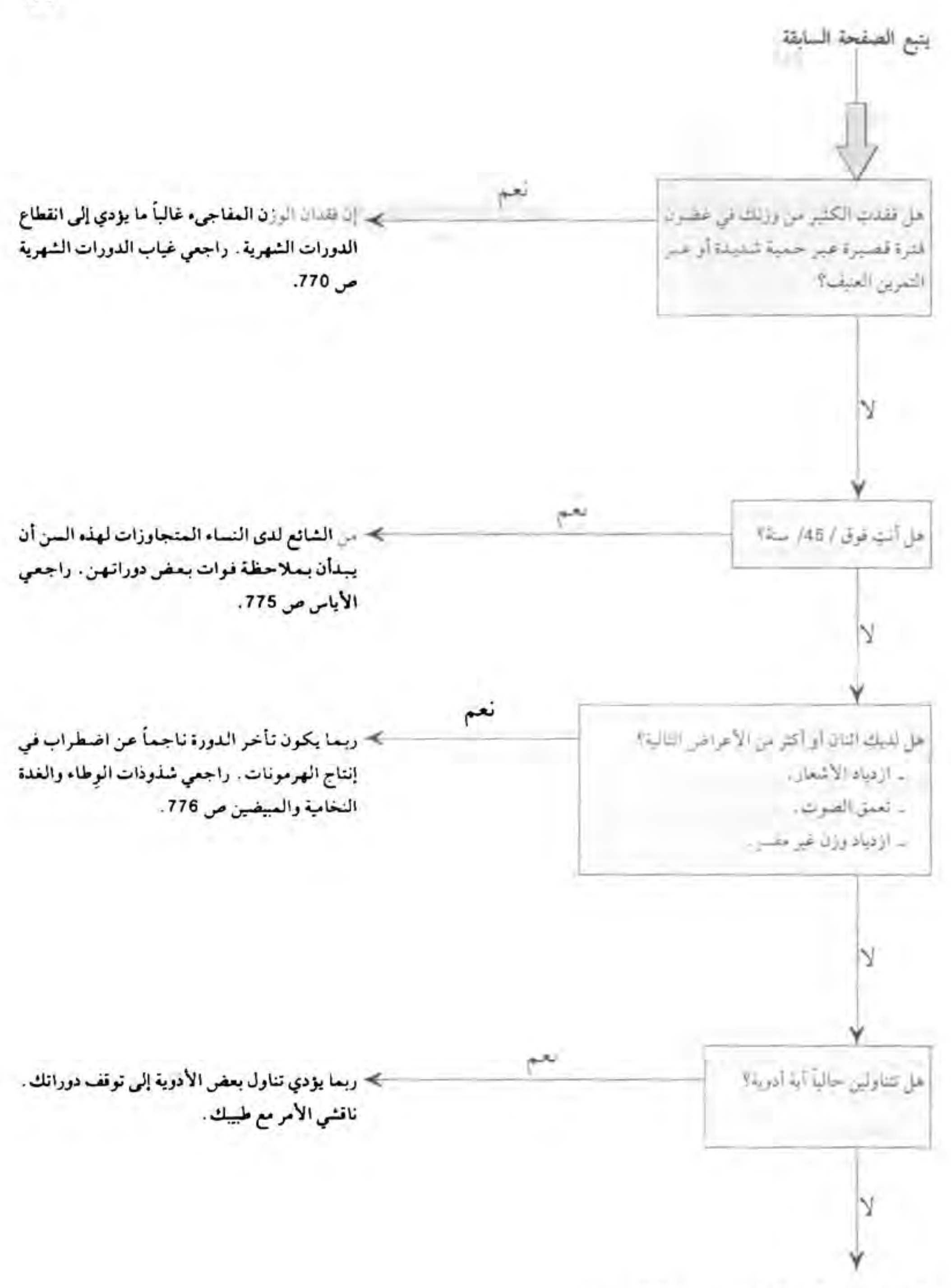


مُشكلاتُ الثَدي لَدى الأُمهَات الحَديثات (Breast problems in new mothers)



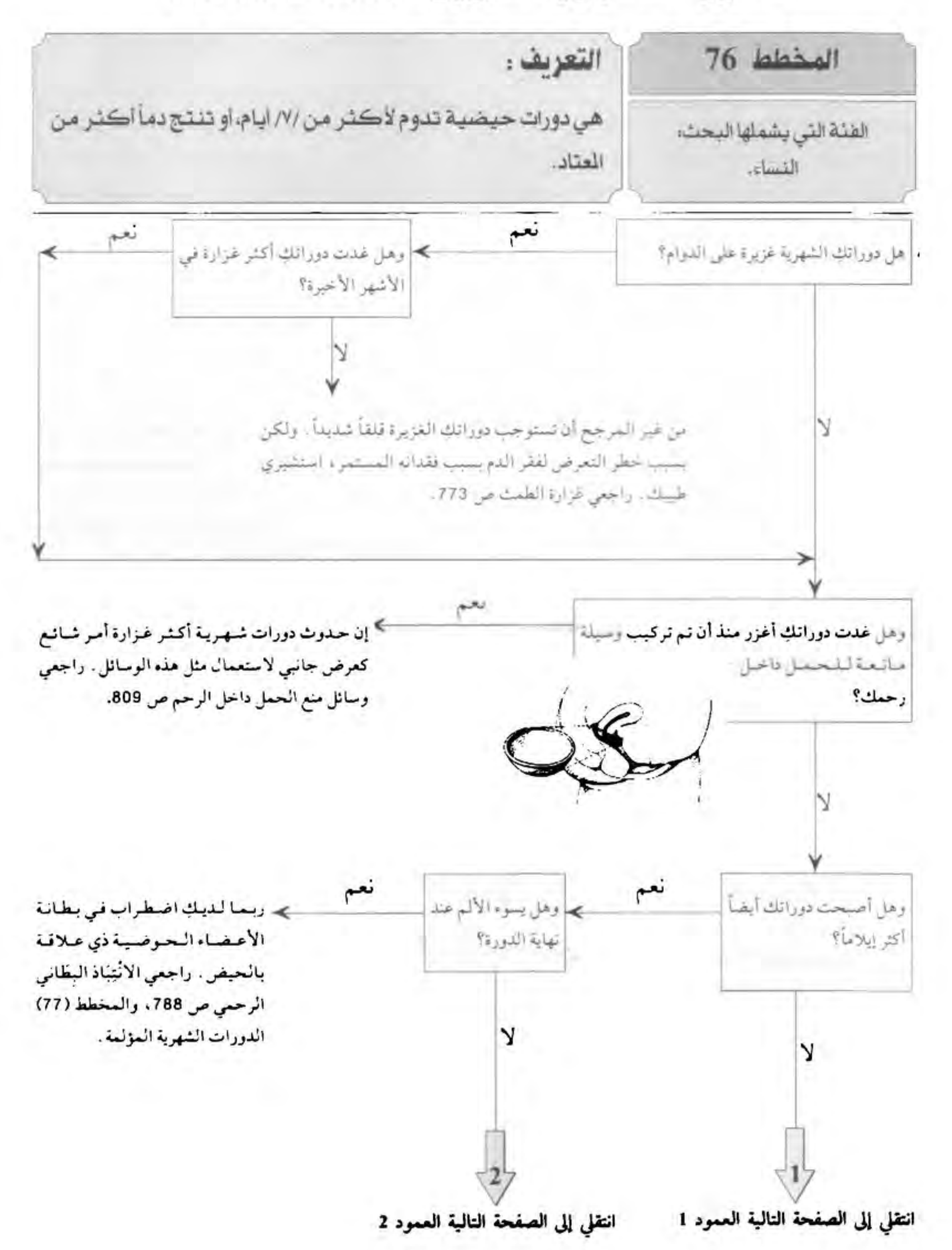
انْقِطاعُ الدَورات الشَّهرِية (Amenorrhea)

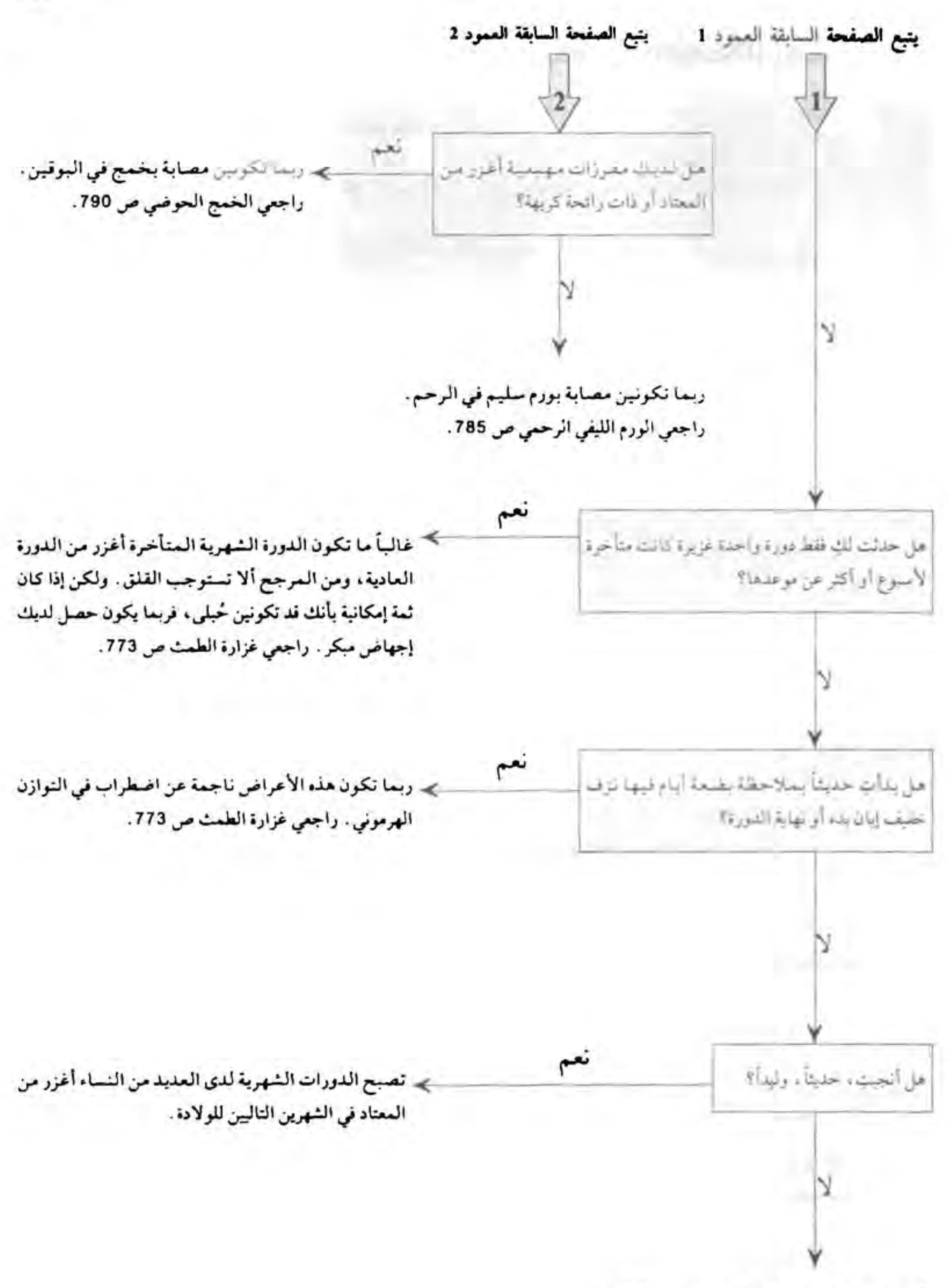




يتبع الصفحة السابقة
هل فقدتِ الكثير من وزنك في غضون فترة قصيرة عبر حمية شديدة أو عبر التمرين العنيف؟
نعم
إن فقدان الوزن المفاجيء غالباً ما يؤدي إلى انقطاع الدورات الشهرية. راجعي غياب الدورات الشهرية ص 770.
لا
هل أنتِ فوق / 45/ سنة؟
نعم
من الشائع لدى النساء المتجاوزات لهذه السن أن يبدأن بملاحظة فوات بعض دوراتهن. راجعي الأياس ص 775.
لا
هل لديك اثنان أو أكثر من الأعراض التالية؟
ـ ازدياد الأشعار.
ـ تعمق الصوت.
ـ ازدياد وزن غير مفسر.
نعم
ربما يكون تأخر الدورة ناجماً عن اضطراب في إنتاج الهرمونات. راجعي شذوذات الوِطاء والغدة النخامية والمبيضين ص 776.
لا
هل تتناولين حالياً أية أدوية؟
نعم
ربما يؤدي تناول بعض الأدوية إلى توقف دوراتك. ناقشي الأمر مع طبيبك.
لا
إن عجزتِ عن الوصول إلى تشخيص حالتك من هذا المخطط، فاستشيري طبيبك.

الدَوْراتُ الشَّهريَّةُ الغَزيـرَةُ (Hypermenorrhea)





يتبع الصفحة السابقة العمود 1
يتبع الصفحة السابقة العمود 2
1
2
هل لديك مفرزات مهبلية أغزر من المعتاد أو ذات رائحة كريهة؟
نعم
ربما تكونين مصابة بخمج في البوقين. راجعي الخمج الحوضي ص 790.
لا
ربما تكونين مصابة بورم سليم في الرحم. راجعي الورم الليفي الرحمي ص 785.
لا
هل حدثت لك فقط دورة واحدة غزيرة كانت متأخرة لأسبوع أو أكثر عن موعدها؟
نعم
غالباً ما تكون الدورة الشهرية المتأخرة أغزر من الدورة العادية، ومن المرجح ألا تستوجب القلق. ولكن إذا كان ثمة إمكانية بأنك قد تكونين حُبلى، فربما يكون حصل لديك إجهاض مبكر. راجعي غزارة الطمث ص 773.
لا
هل بدأتِ حديثاً بملاحظة بضعة أيام فيها نزف خفيف إبان بدء أو نهاية الدورة؟
نعم
ربما تكون هذه الأعراض ناجمة عن اضطراب في التوازن الهرموني. راجعي غزارة الطمث ص 773.
لا
هل أنجبتِ، حديثاً، وليداً؟
نعم
تصبح الدورات الشهرية لدى العديد من النساء أغزر من المعتاد في الشهرين التاليين للولادة.
لا
إن عجزتِ عن الوصول إلى تشخيص حالتك من هذا المخطط، فاستشيري طبيبك.

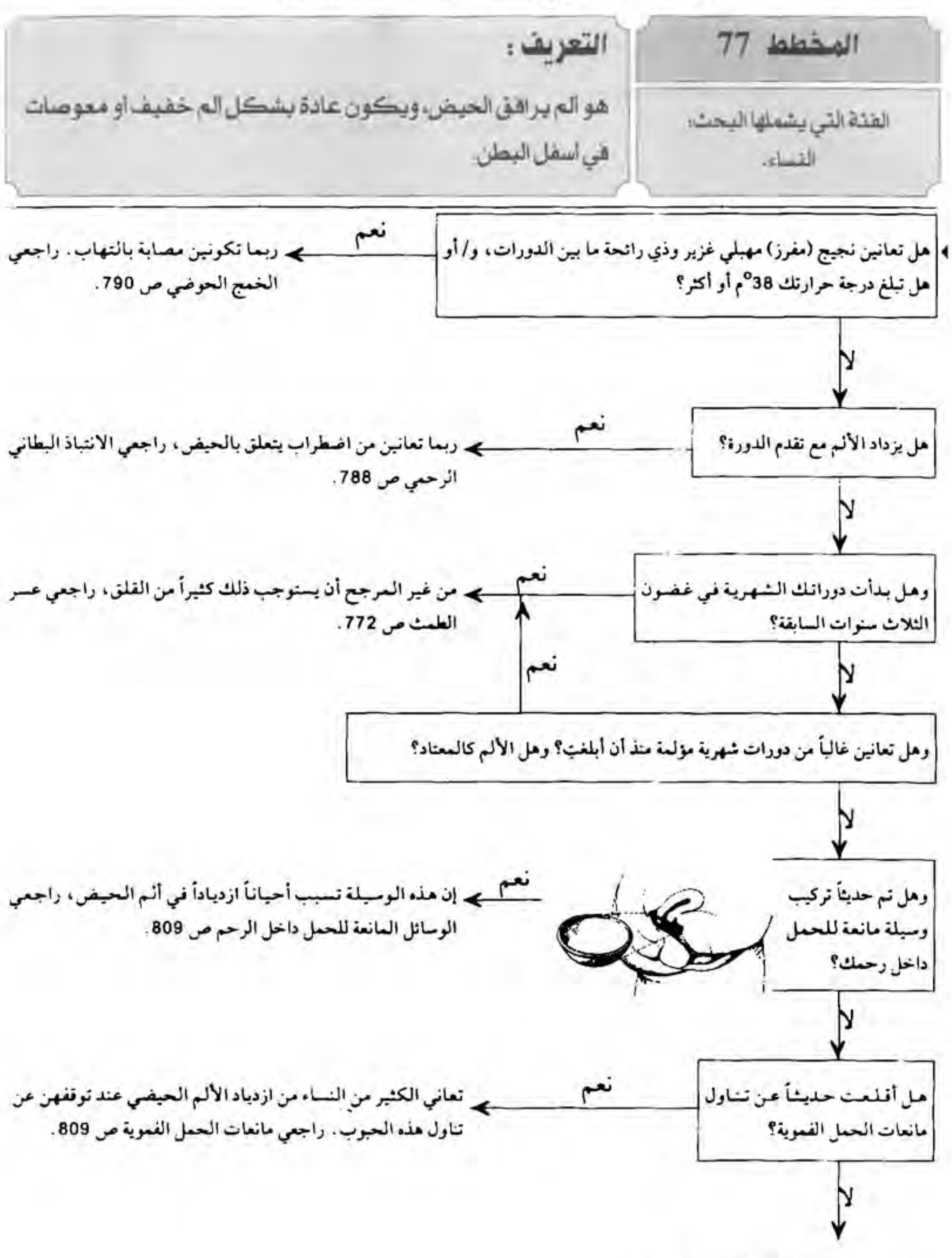
الدَوْراتُ الشَّهرِيَّةَ المُؤلِمَةُ (Dysmenorrhea)

المخطط 77

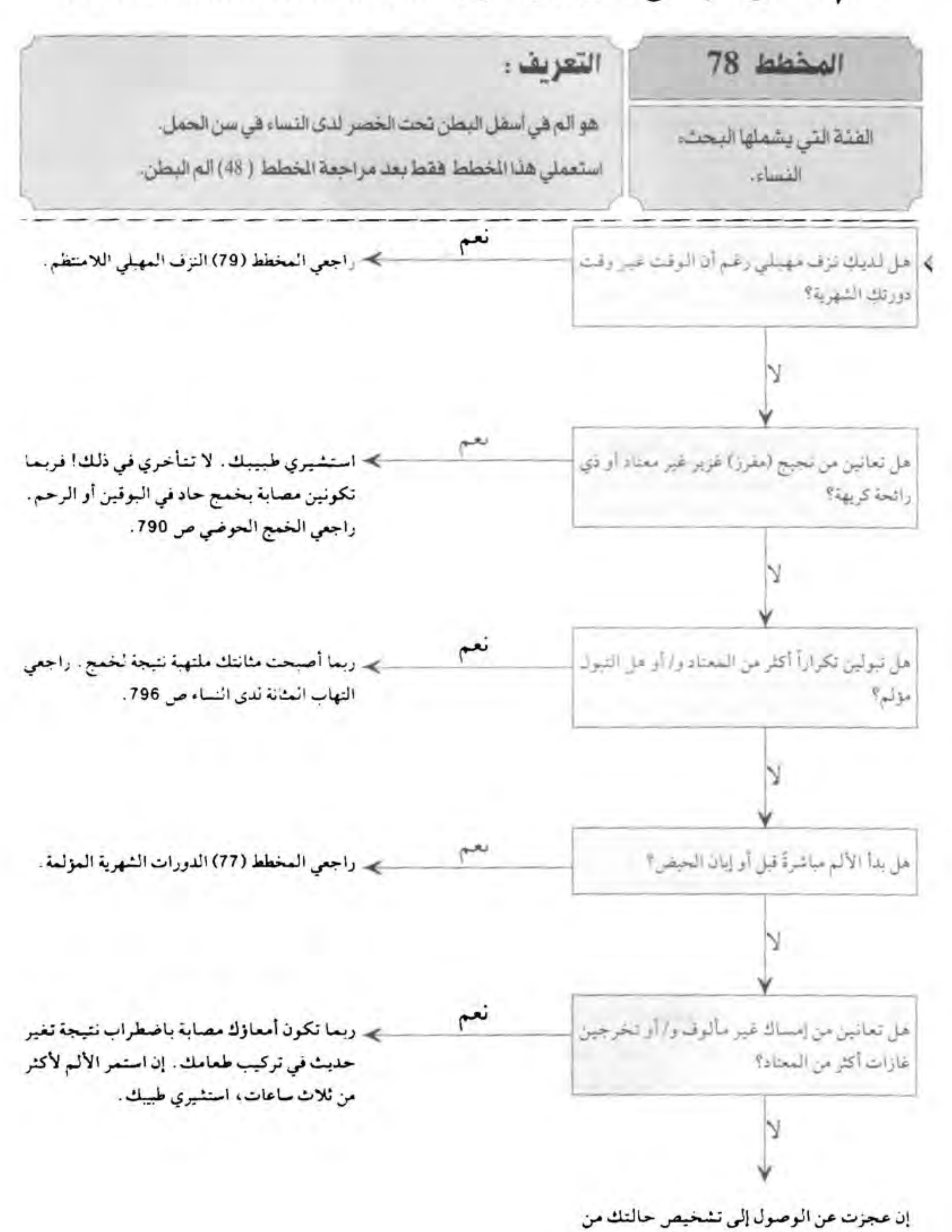
الفئة التي يشملها البحث: النساء.

التعريف :

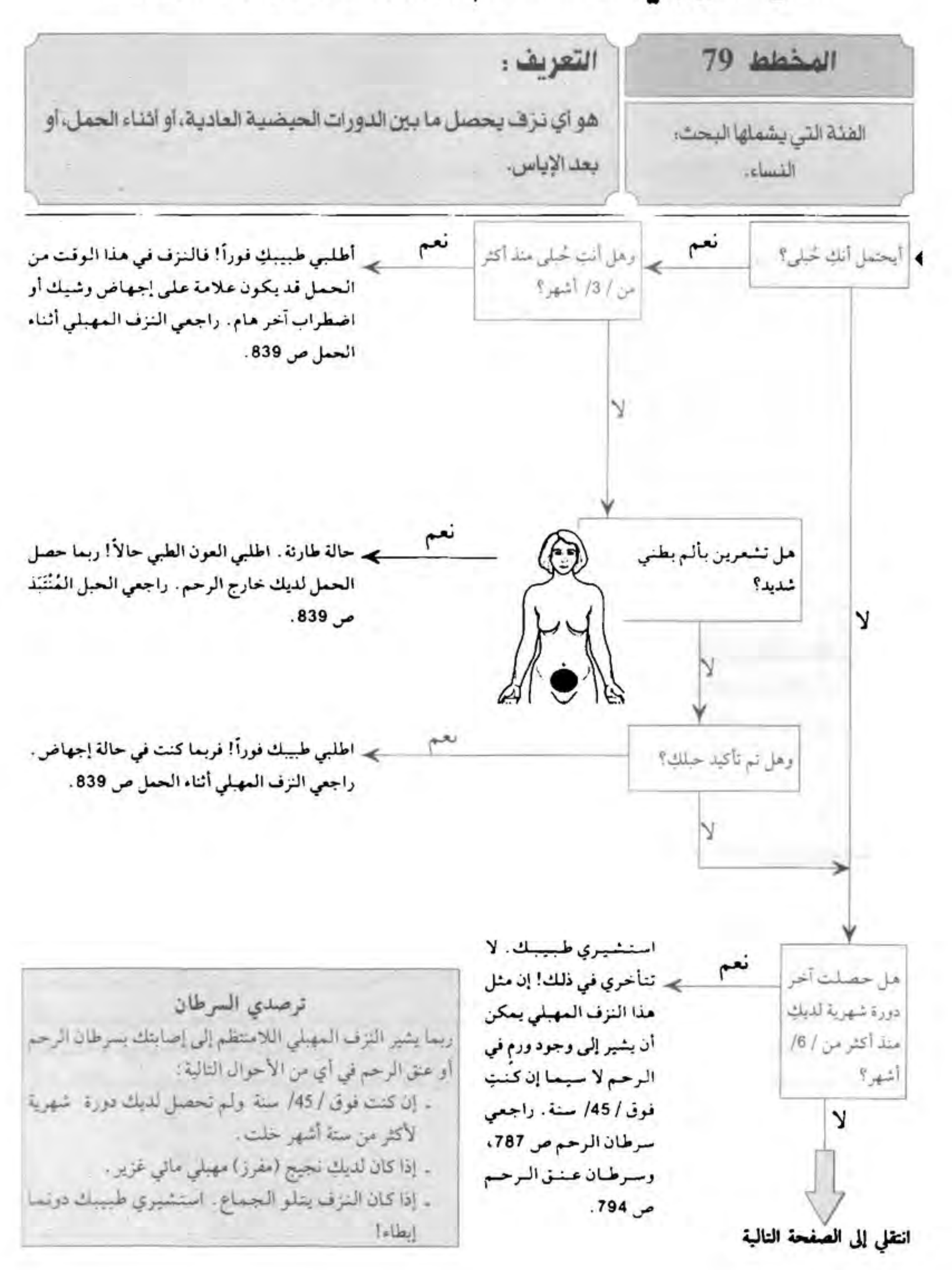
هو ألم يرافق الحيض، ويكون عادة بشكل ألم خفيف أو معوصات في أسفل البطن.

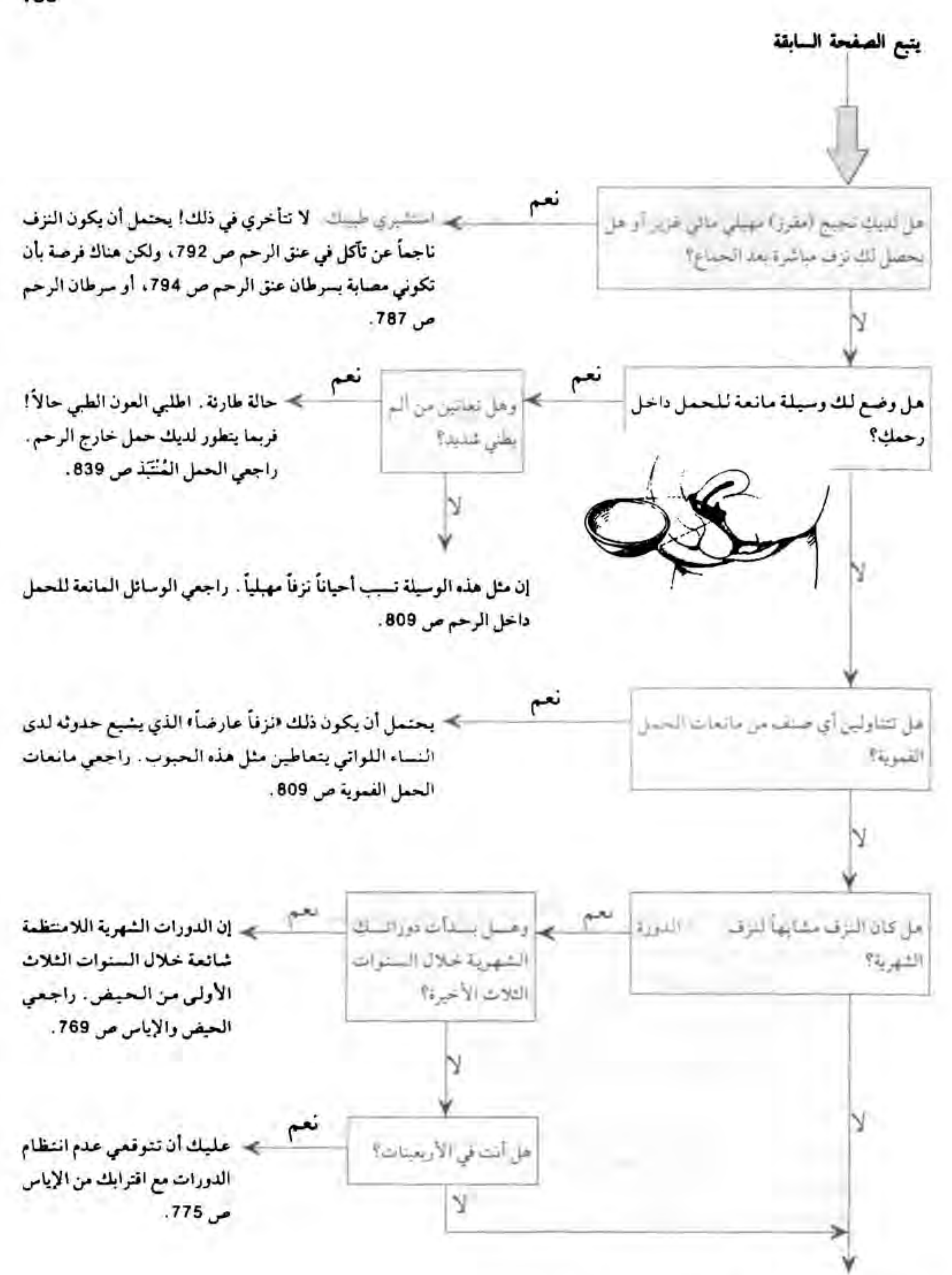


أَلَم أَسْفل البَطْن لدى النِساءِ (Lower abdominal pain in women)



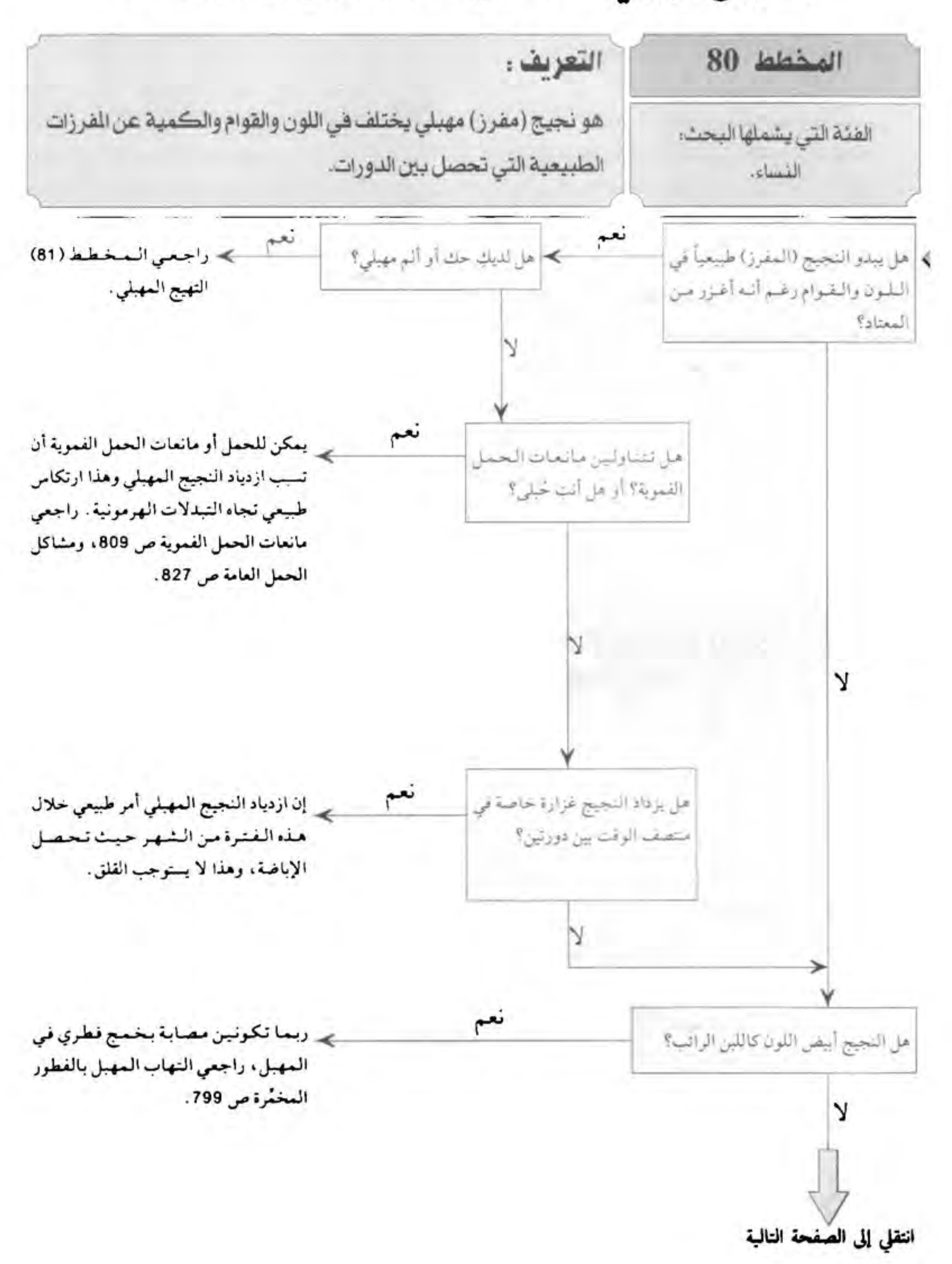
النَزْفُ المِهْبَلِي اللامُنْتَظَم (Irregular vaginal bleeding)

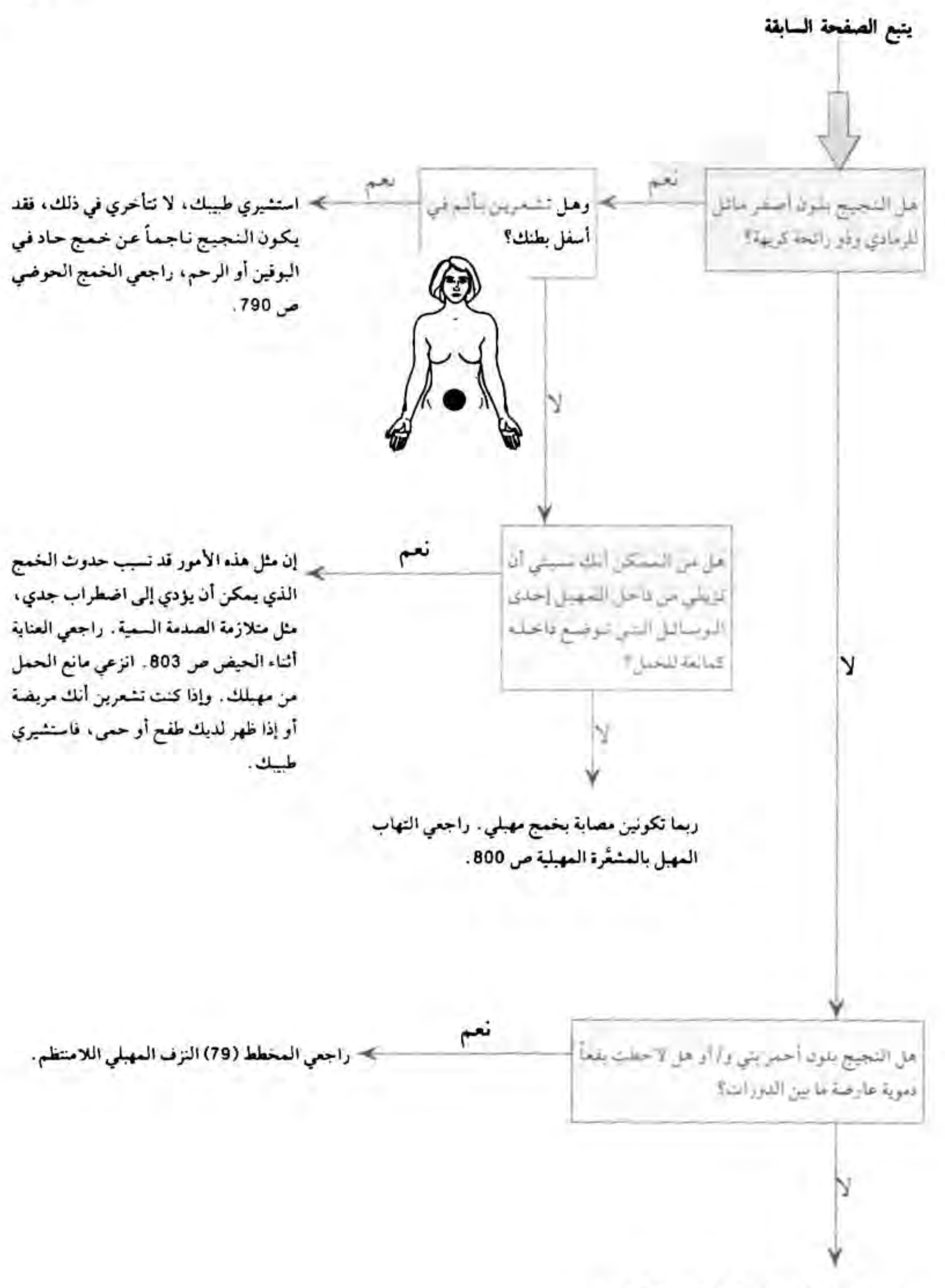




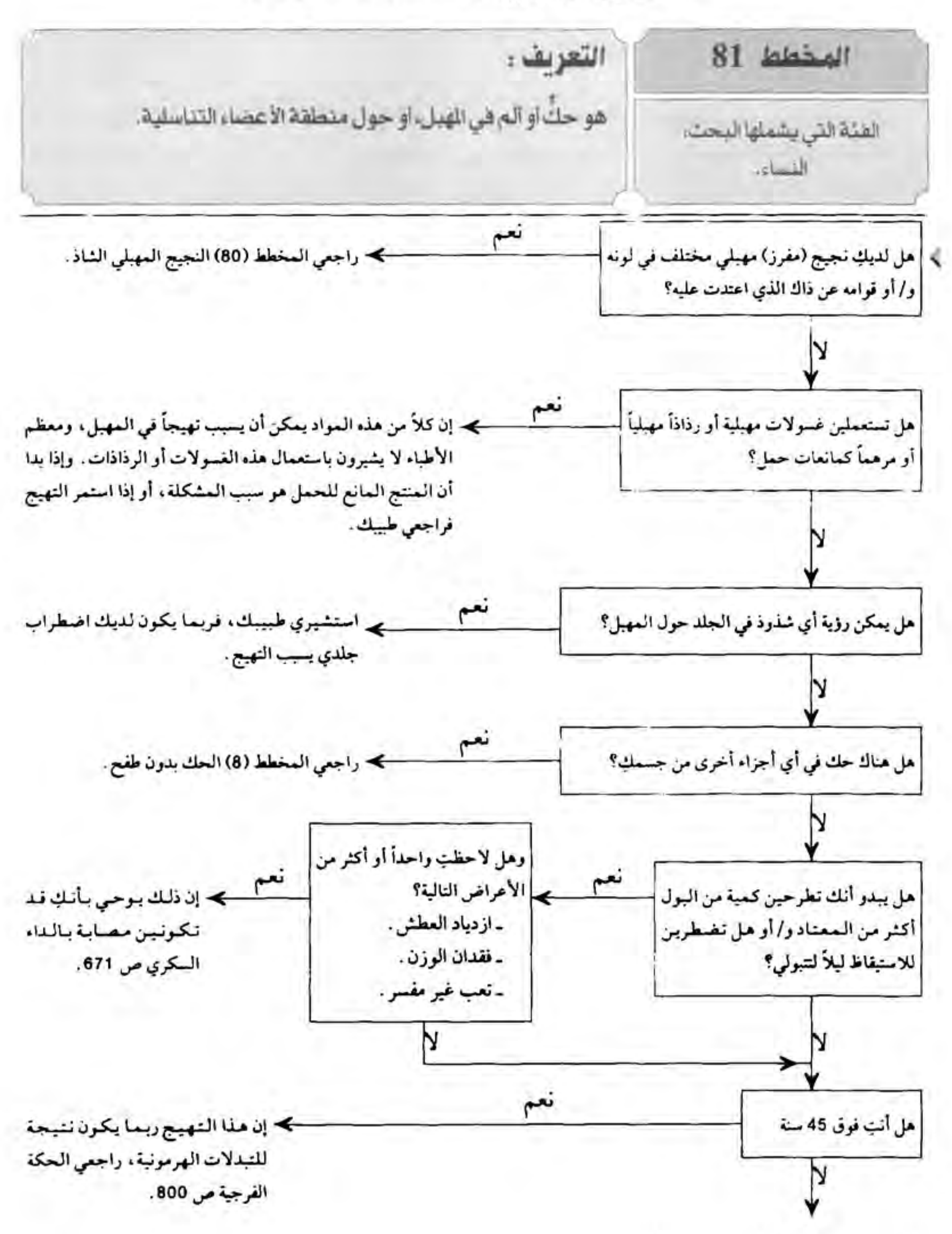
إن عجزتِ عن الوصول إلى تشخيص حالتك من هذا المخطط، فاستشيري طبيبك.

النجيج المهبلي الشاذ (Abnormal vaginal discharge)

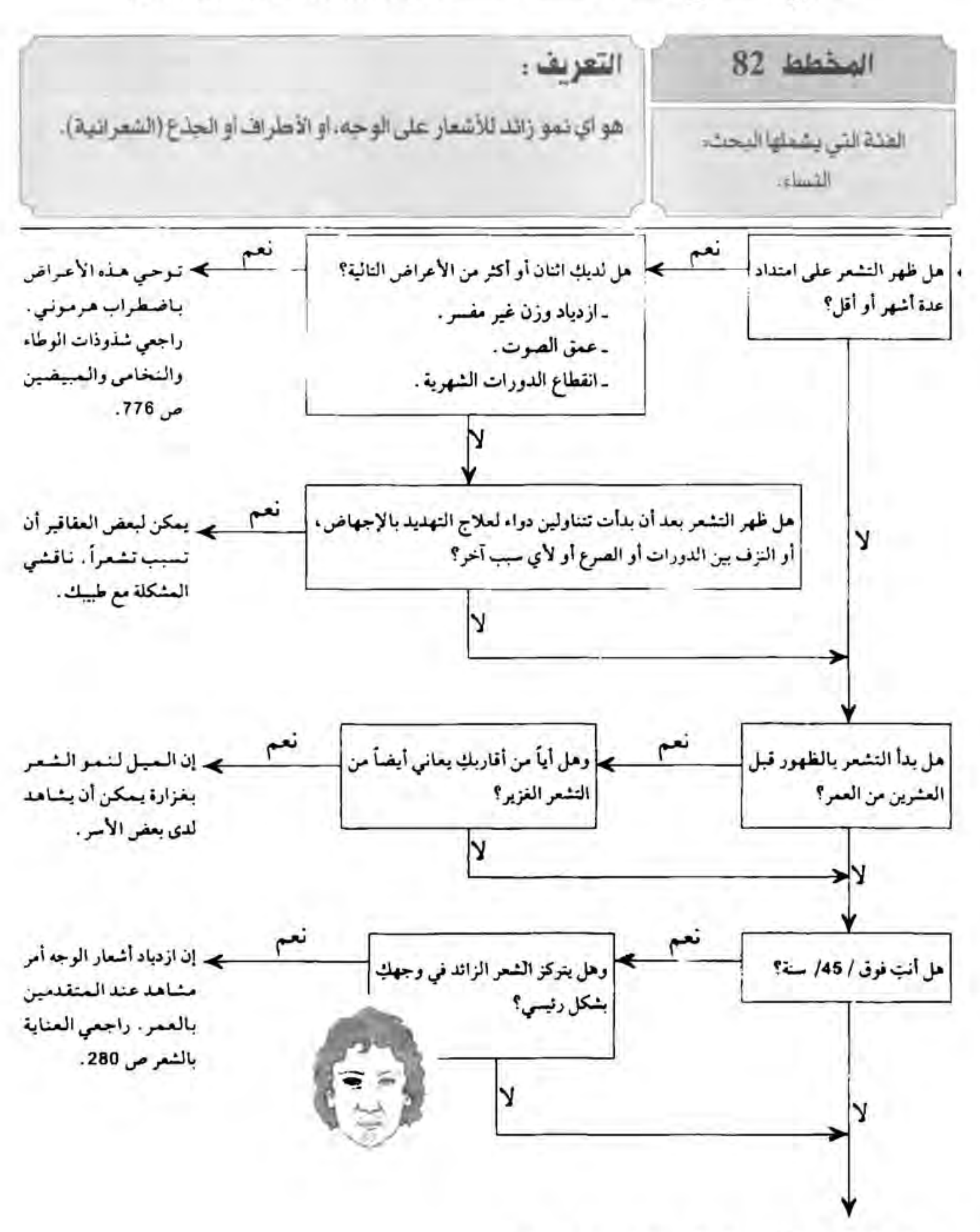



يتبع الصفحة السابقة
هل التنجيج بلون أصفر مائل للرمادي وذو رائحة كريهة؟
نعم
وهل تشعرين بألم في أسفل بطنك؟
نعم
استشيري طبيبك، لا تتأخري في ذلك، فقد يكون التنجيج ناجماً عن خمج حاد في البوقين أو الرحم، راجعي الخمج الحوضي ص 790.
لا
هل من الممكن أنك نسيتي أن تزيلي من داخل المهبل إحدى الوسائل التي توضع داخله كمانعة للحمل؟
نعم
إن مثل هذه الأمور قد تسبب حدوث الخمج الذي يمكن أن يؤدي إلى اضطراب جدي، مثل متلازمة الصدمة السمية. راجعي العناية أثناء الحيض ص 803. انزعي مانع الحمل من مهبلك. وإذا كنت تشعرين أنك مريضة أو إذا ظهر لديك طفح أو حمى، فاستشيري طبيبك.
لا
ربما تكونين مصابة بخمج مهبلي. راجعي التهاب المهبل بالمشعَّرة المهبلية ص 800.
لا
هل التنجيج بلون أحمر بني و/أو هل لاحظت بقعاً دموية عارضة ما بين الدورات؟
نعم
راجعي المخطط (79) النزف المهبلي اللامنتظم.
لا
إن عجزتِ عن الوصول إلى تشخيص حالتك من هذا المخطط فاستشيري طبيبك.

التَهيُّج المِهْبَلي (Vaginal irritation)

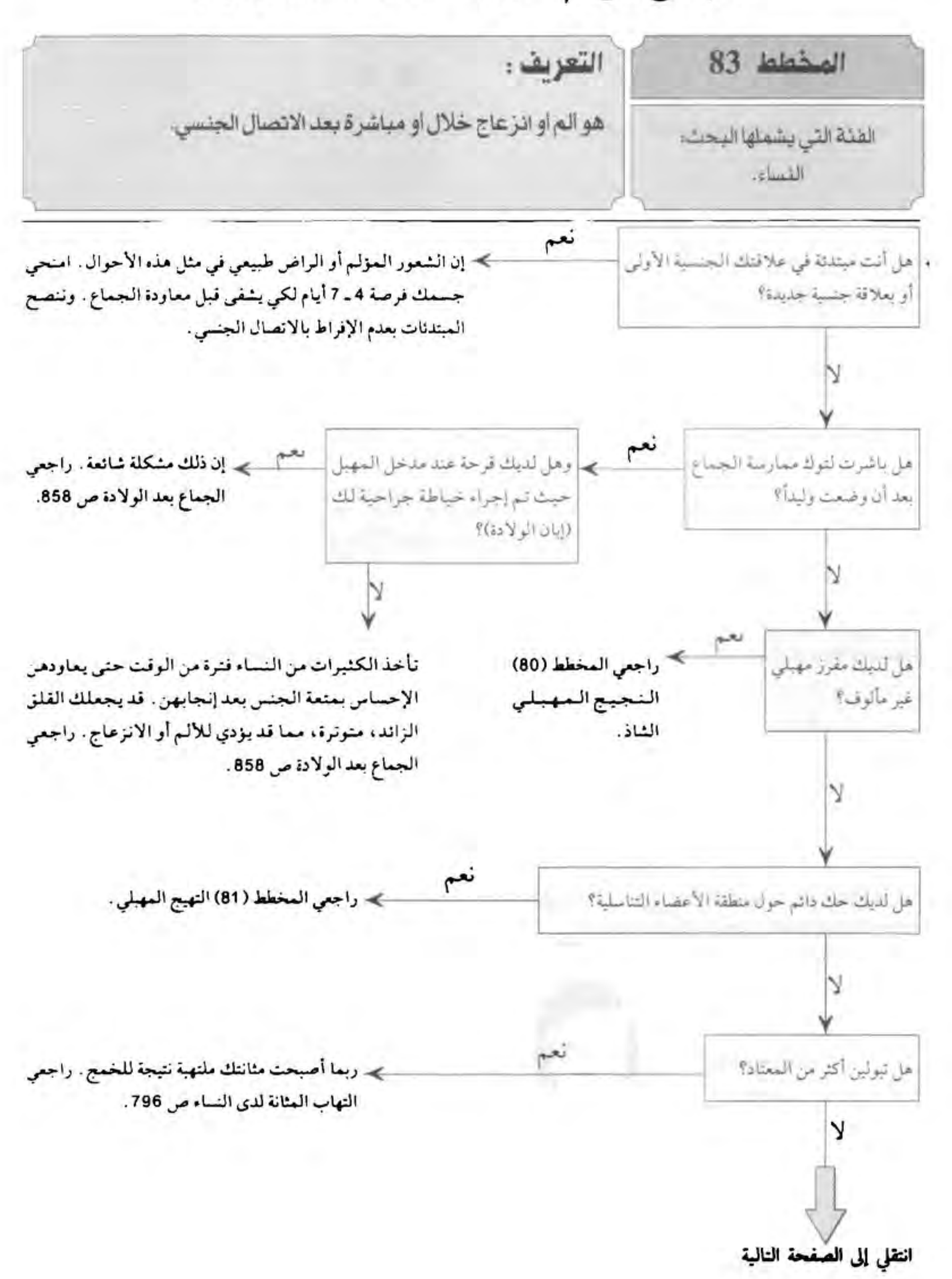


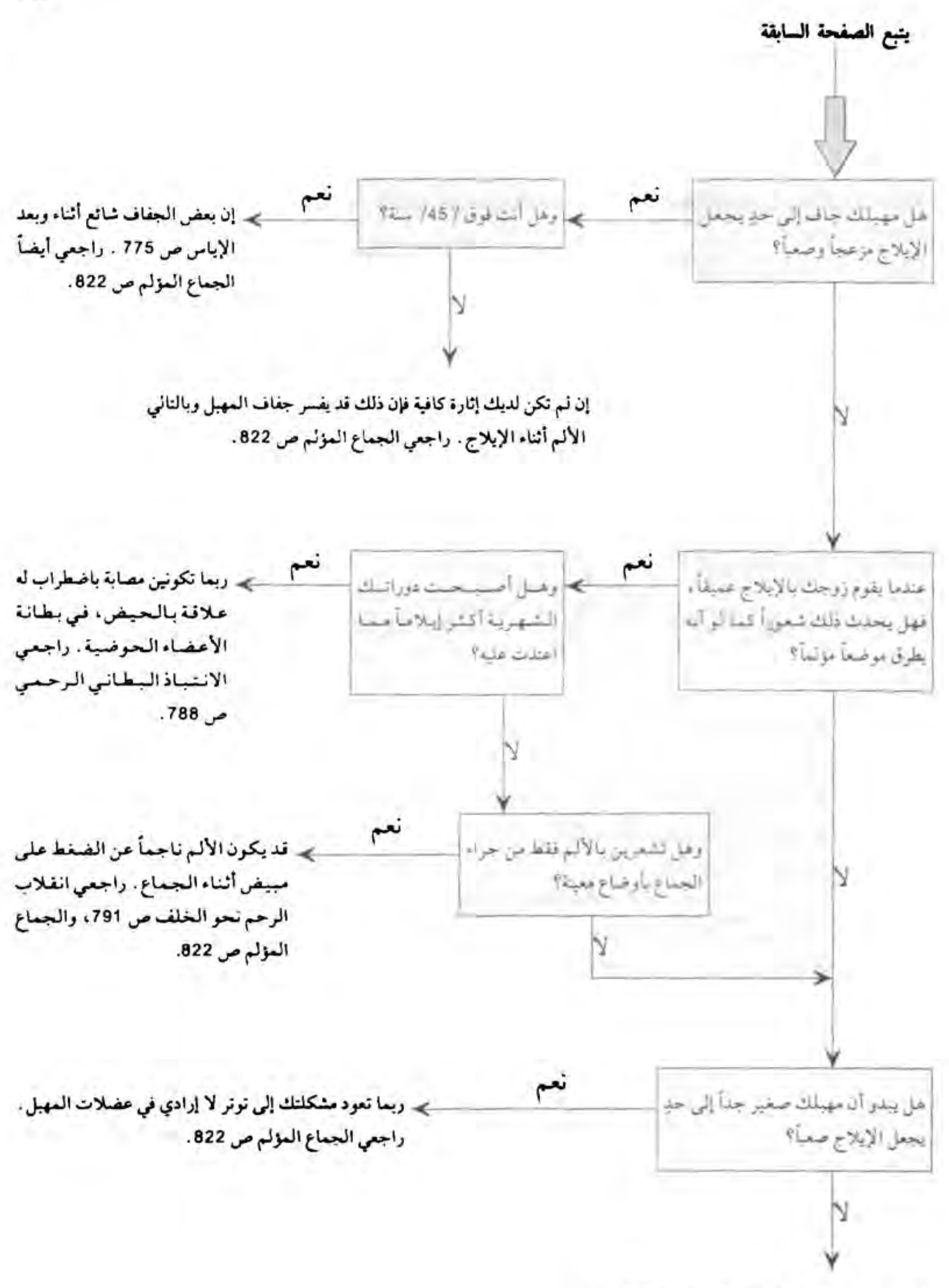
نمو الشعر الشاذ عند النساء (Hirsutism in women)



إن التشعر لديك على الأرجح لا يشكل علامة على مرض خفي،
ولكن إن كان هذا التشعر يقلقك فاستشيري طبيبك.

الجماع المؤلم لدى النساء (Dyspareunia)



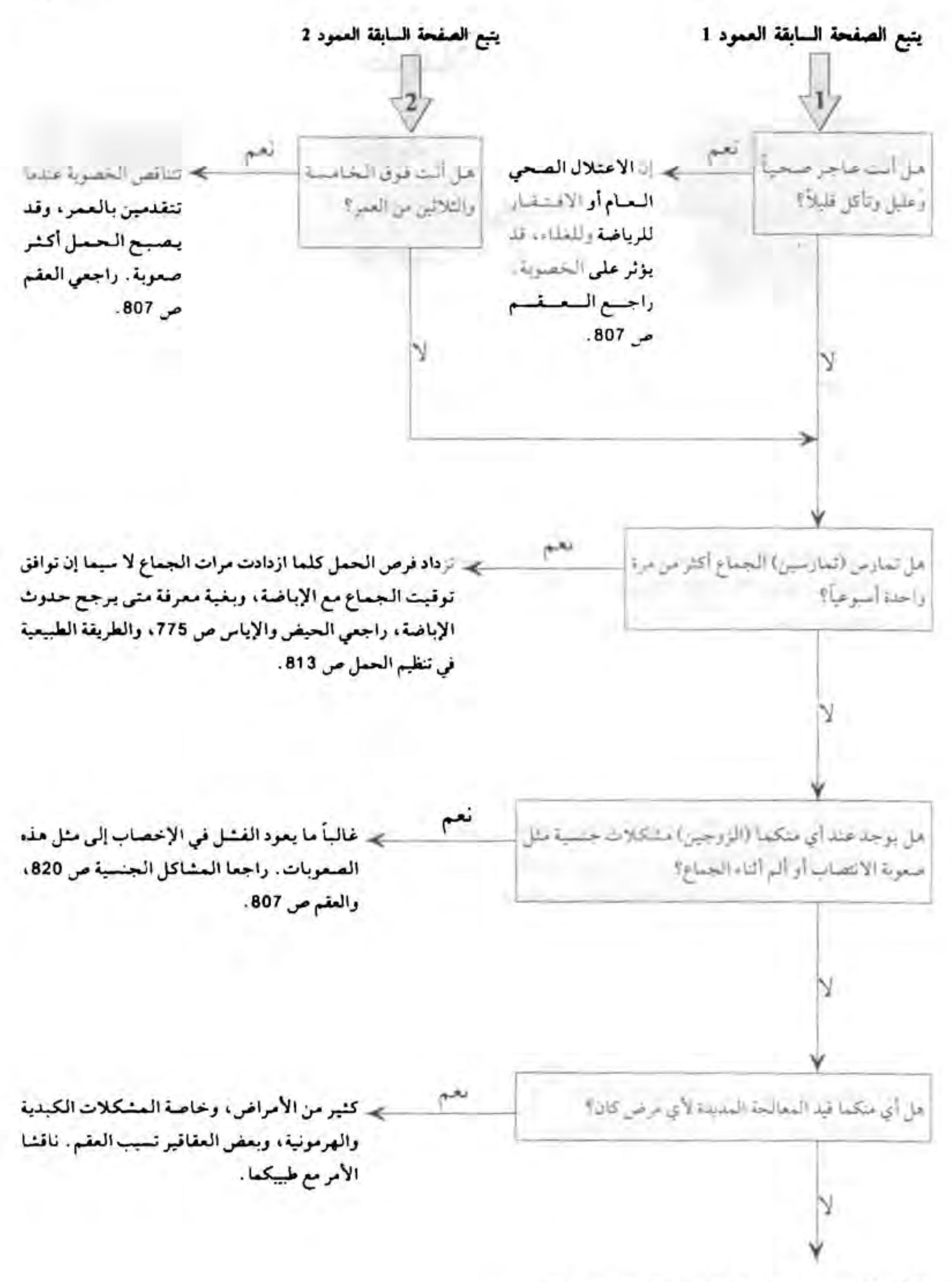


إن عجزت عن الوصول إلى تشخيص حالتك، من هذا المخطط، فاستشيري طبيبك.

عدم الحمل [1] (Failure to conceive)

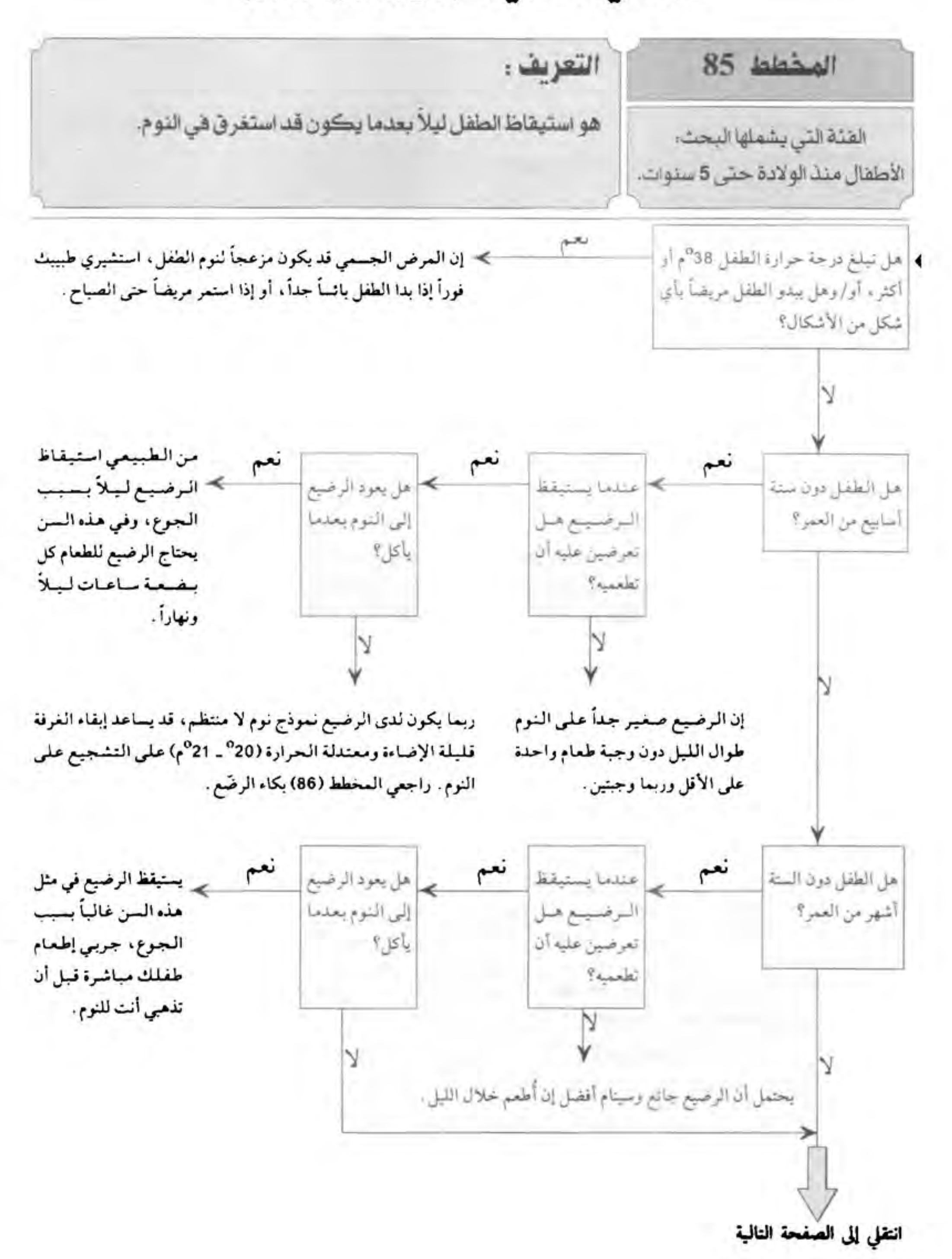


(1) لكي يوضع تشخيص لأسباب عدم الحمل يتوجب على كلا الزوجين قراءة هذا المخطط.

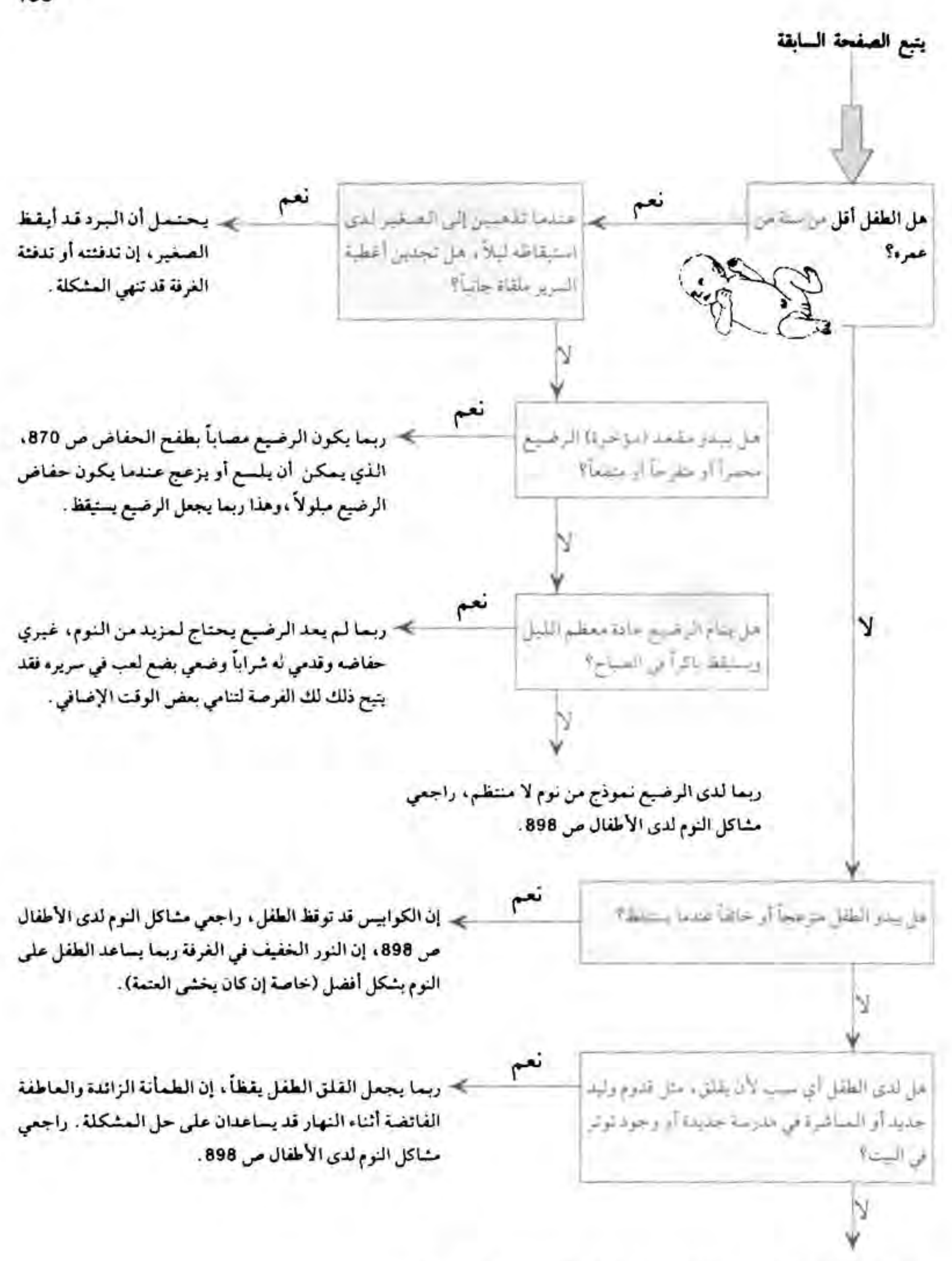


إذا كان أي منكما غير قادر على الوصول إلى تشخيص حالته من هذا المخطط فعليه استشارة الطبيب.

الاستيقاظ ليلاً (Waking at night)

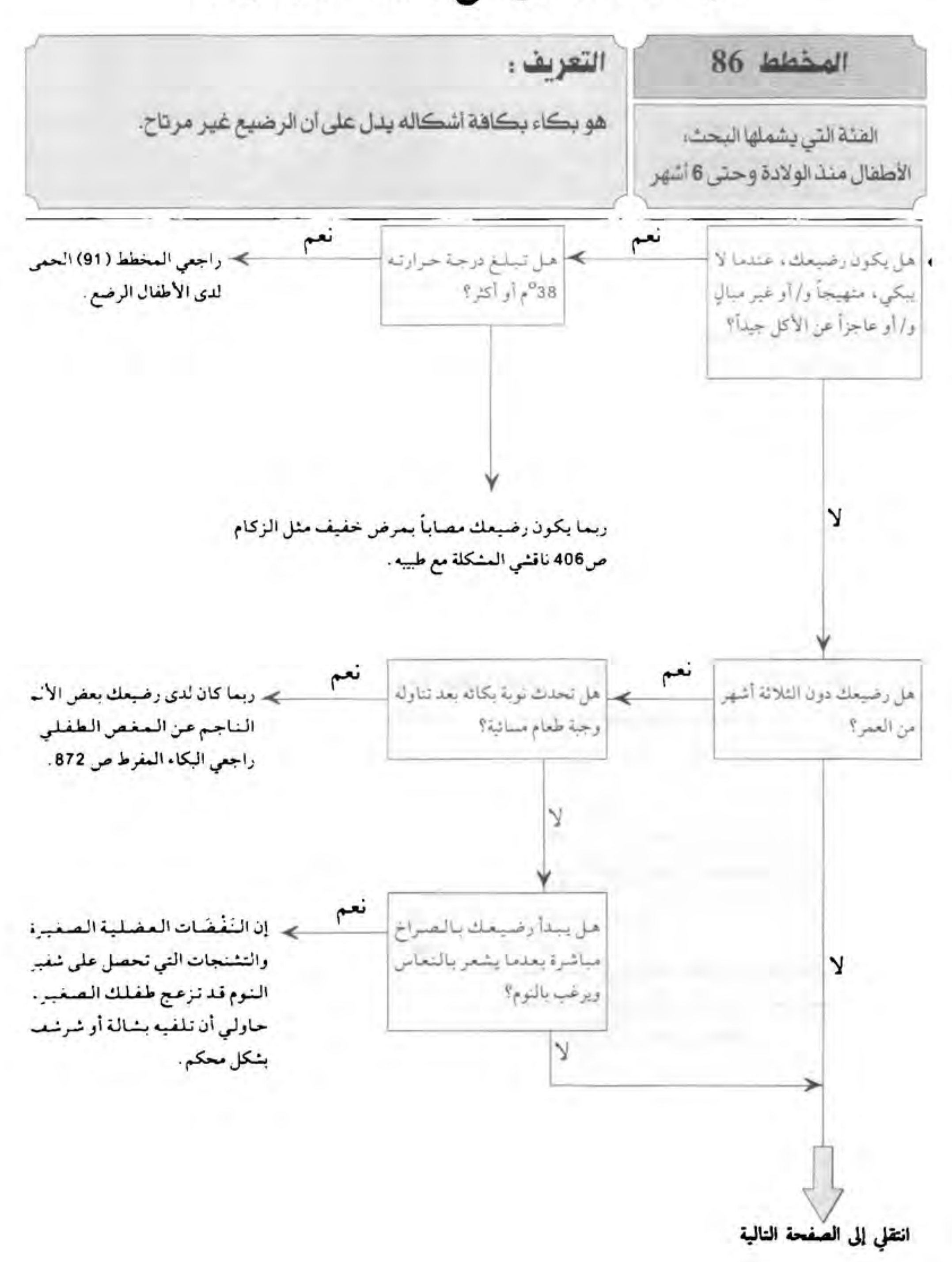


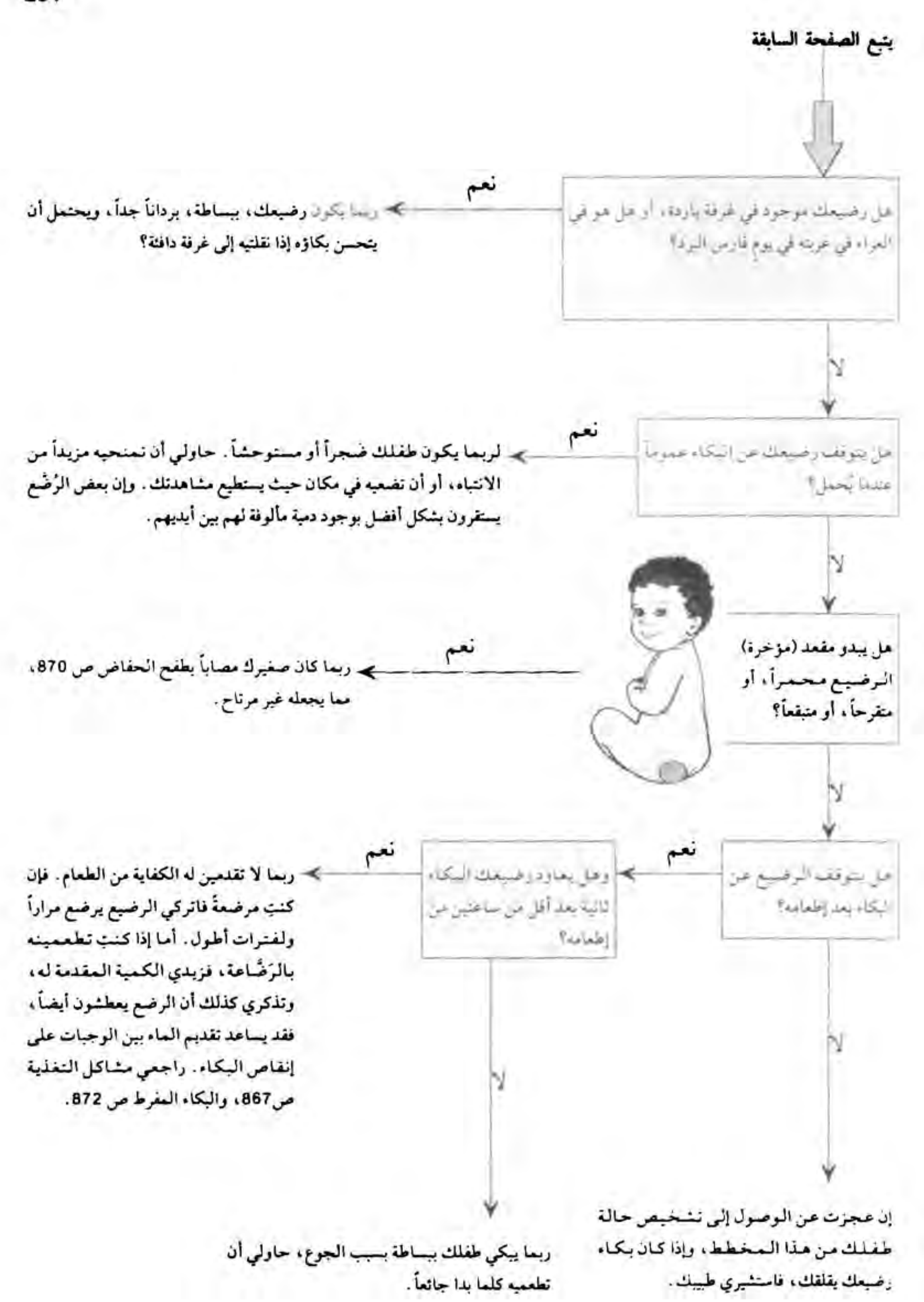
انتقلي إلى الصفحة التالية



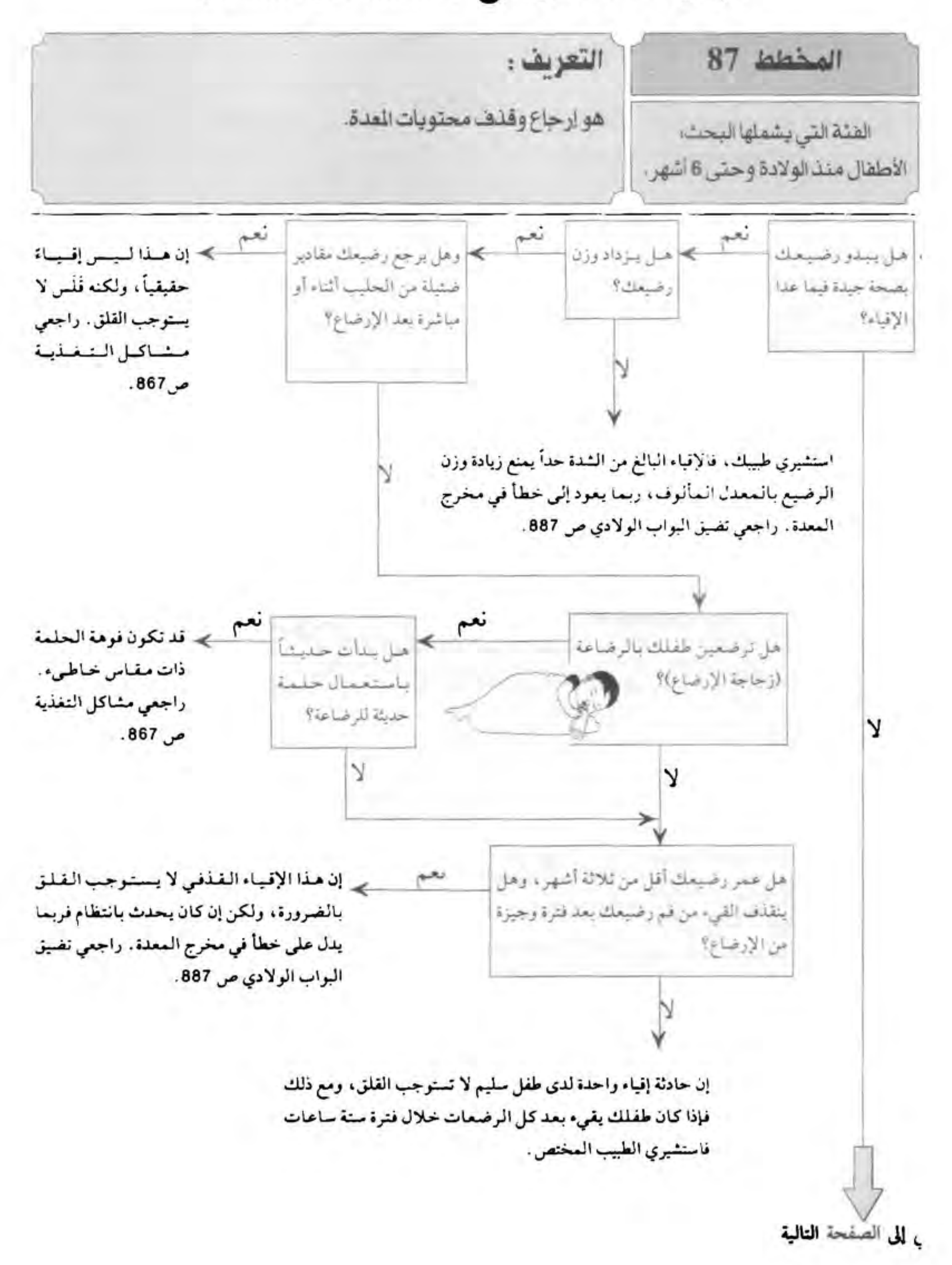
يتبع الصفحة السابقة
هل الطفل أقل من ستة من عمره؟
نعم
عندما تذهبين إلى الصغير لدى استيقاظه ليلاً، هل تجدين أغطية السرير ملقاة جانباً؟
نعم
يحتمل أن البرد قد أيقظ الصغير، إن تدفئته أو تدفئة الغرفة قد تنهي المشكلة.
لا
هل يبدو مقعد (مؤخرة) الرضيع محمراً أو مقرحاً أو متبقعاً؟
نعم
ربما يكون الرضيع مصاباً بطفح الحفاض ص 870، الذي يمكن أن يلسع أو يزعج عندما يكون حفاض الرضيع مبلولاً، وهذا ربما يجعل الرضيع يستيقظ.
لا
هل ينام الرضيع عادة معظم الليل ويستيقظ باكراً في الصباح؟
نعم
ربما لم يعد الرضيع يحتاج لمزيد من النوم، غيري حفاضه وقدمي له شراباً وضعي بضع لعب في سريره فقد يتيح ذلك لك الفرصة لتنامي بعض الوقت الإضافي.
لا
ربما لدى الرضيع نموذج من نوم لا منتظم، راجعي مشاكل النوم لدى الأطفال ص 898.
لا
هل يبدو الطفل منزعجاً أو خائفاً عندما يستيقظ؟
نعم
إن الكوابيس قد توقظ الطفل، راجعي مشاكل النوم لدى الأطفال ص 898، إن النور الخفيف في الغرفة ربما يساعد الطفل على النوم بشكل أفضل (خاصة إن كان يخشى العتمة).
لا
هل لدى الطفل أي سبب لأن يقلق، مثل قدوم وليد جديد أو المباشرة في مدرسة جديدة أو وجود توتر في البيت؟
نعم
ربما يجعل القلق الطفل يقظاً، إن الطمأنة الزائدة والعاطفة الفائضة أثناء النهار قد يساعدان على حل المشكلة. راجعي مشاكل النوم لدى الأطفال ص 898.
لا
يحتمل أن استيقاظ الطفل يرجع إلى نموذج نوم لا منتظم، ومن غير المرجح أن يكون علامة على أي اضطراب، ومع ذلك إذا كنت قلقة من هذه المشكلة فاستشيري الطبيب المختص.

البُكاء لدى الرضّع (Crying in infants)

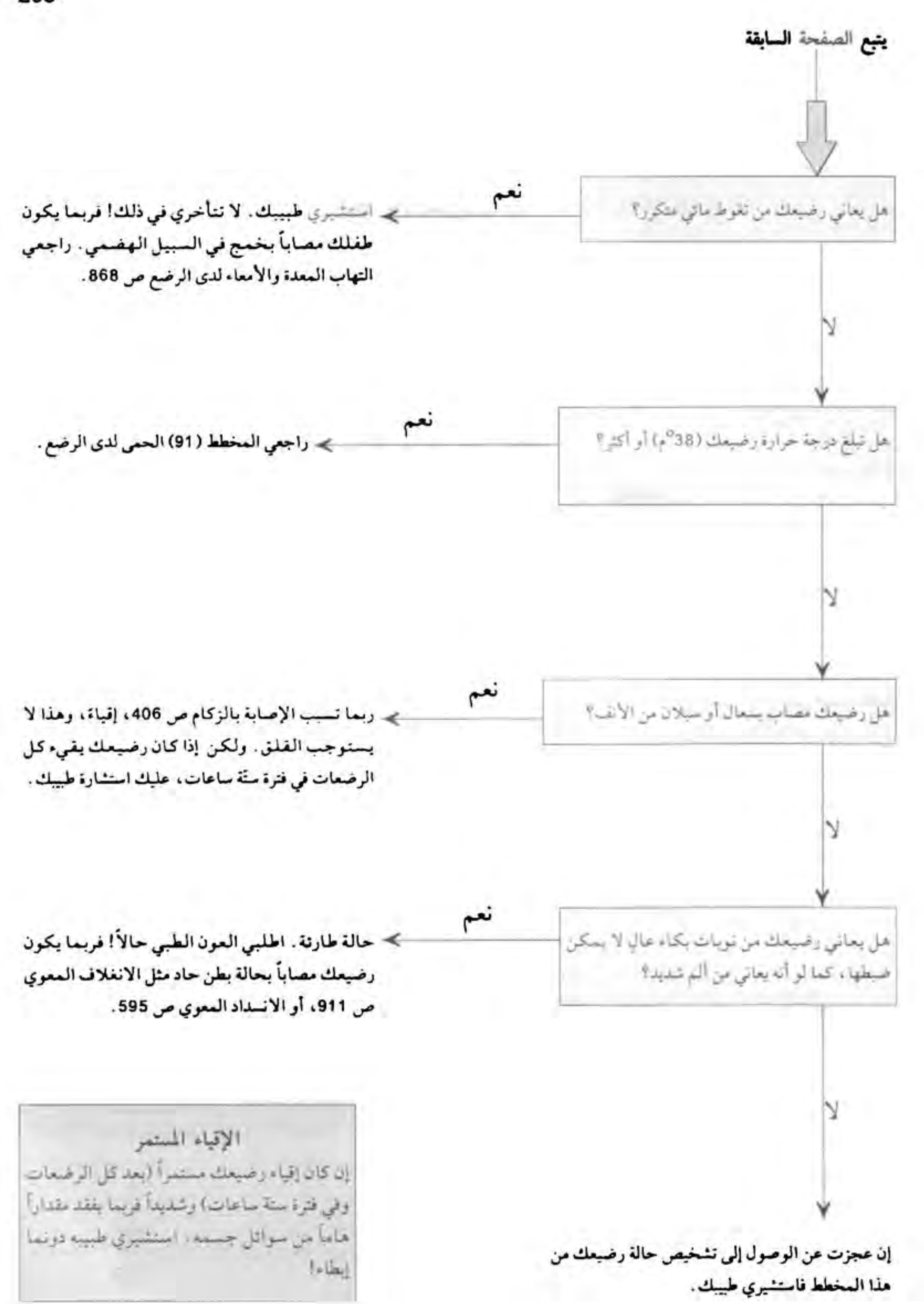



يتبع الصفحة السابقة
هل رضيعك موجود في غرفة باردة، أو هل هو في العراء في عربته في يوم قارس البرد؟
نعم
ربما يكون رضيعك، ببساطة، برداناً جداً، ويحتمل أن يتحسن بكاؤه إذا نقلتيه إلى غرفة دافئة؟
لا
هل يتوقف رضيعك عن البكاء عموماً عندما يُحمل؟
نعم
لربما يكون طفلك ضجراً أو مستوحشاً. حاولي أن تمنحيه مزيداً من الانتباه، أو أن تضعيه في مكان حيث يستطيع مشاهدتك. وإن بعض الرُضّع يستقرون بشكل أفضل بوجود دمية مألوفة لهم بين أيديهم.
لا
هل يبدو مقعد (مؤخرة) الرضيع محمراً، أو متقرحاً، أو متبقعاً؟
نعم
ربما كان صغيرك مصاباً بطفح الحفاض ص 870، مما يجعله غير مرتاح.
لا
هل يتوقف الرضيع عن البكاء بعد إطعامه؟
نعم
وهل يعاود رضيعك البكاء ثانية بعد أقل من ساعتين من إطعامه؟
نعم
ربما لا تقدمين له الكفاية من الطعام. فإن كنتِ مرضعةً فاتركي الرضيع يرضع مراراً ولفترات أطول. أما إذا كنتِ تطعمينه بالرَضَّاعة، فزيدي الكمية المقدمة له، وتذكري كذلك أن الرضع يعطشون أيضاً، فقد يساعد تقديم الماء بين الوجبات على إنقاص البكاء. راجعي مشاكل التغذية ص867، والبكاء المفرط ص 872.
لا
ربما يبكي طفلك ببساطة بسبب الجوع، حاولي أن تطعميه كلما بدا جائعاً.
لا
إن عجزت عن الوصول إلى تشخيص حالة طفلك من هذا المخطط، وإذا كان بكاء رضيعك يقلقك، فاستشيري طبيبك.

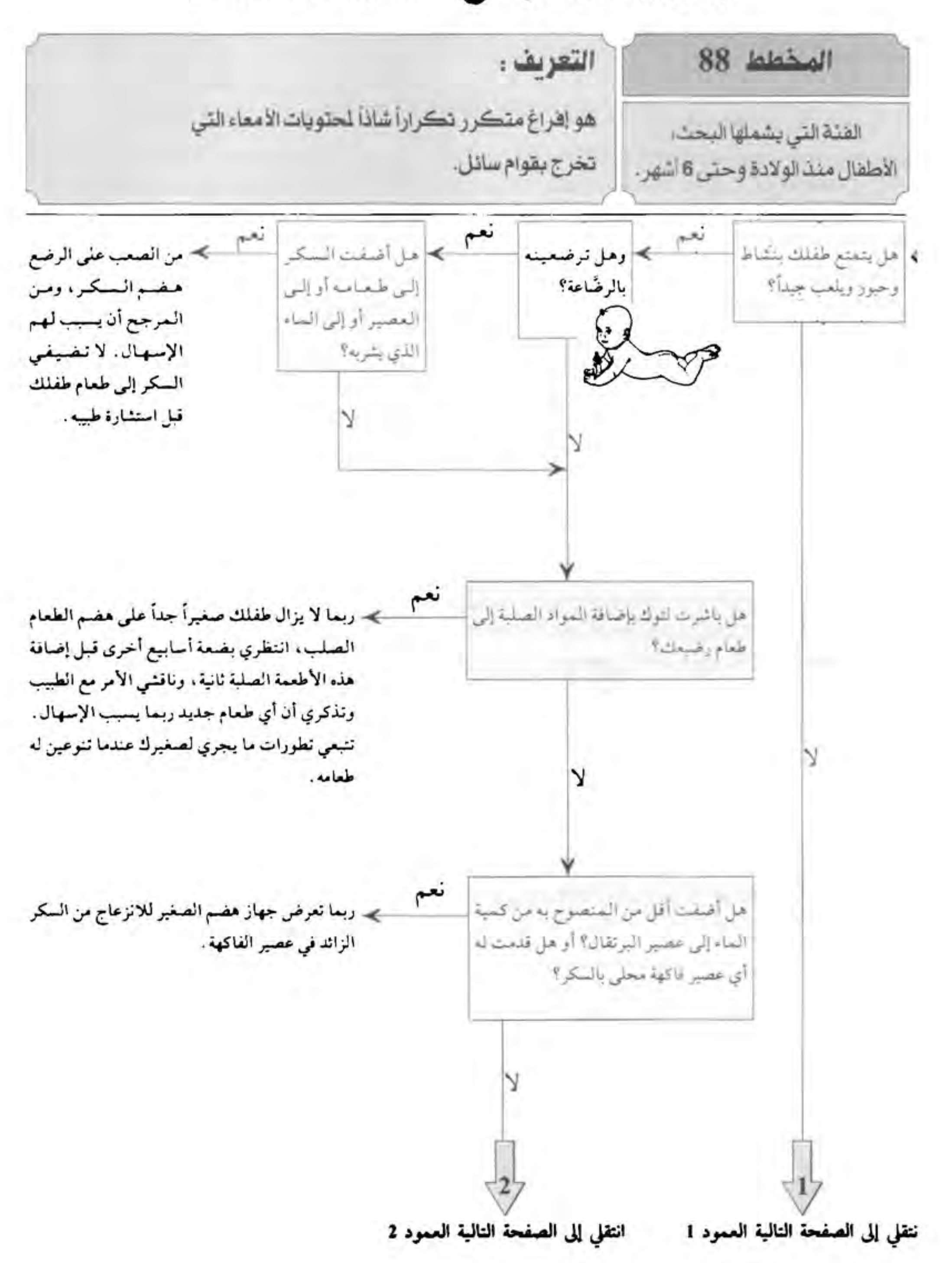
الإقياء لدى الرضَّع (Vomiting in infants)



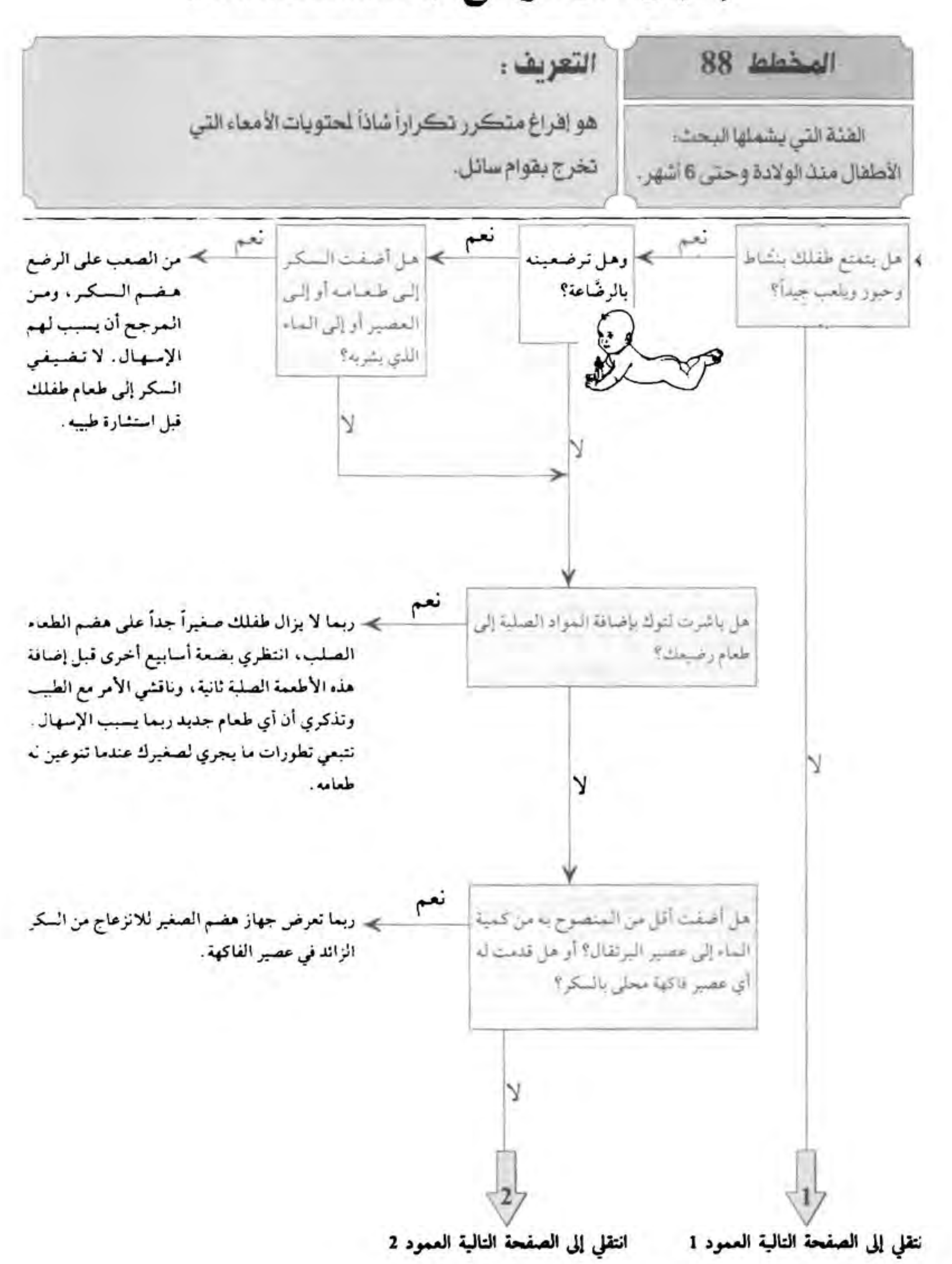
إلى الصفحة التالية


يتبع الصفحة السابقة
هل يعاني رضيعك من تغوط مائي متكرر؟
نعم
استشيري طبيبك. لا تتأخري في ذلك! فربما يكون طفلك مصاباً بخمج في السبيل الهضمي. راجعي التهاب المعدة والأمعاء لدى الرضع ص 868.
لا
هل تبلغ درجة حرارة رضيعك (38°م) أو أكثر؟
نعم
راجعي المخطط (91) الحمى لدى الرضع.
لا
هل رضيعك مصاب بسعال أو سيلان من الأنف؟
نعم
ربما تسبب الإصابة بالزكام ص 406، إقياء، وهذا لا يستوجب القلق. ولكن إذا كان رضيعك يقيء كل الرضعات في فترة ستة ساعات، عليك استشارة طبيبك.
لا
هل يعاني رضيعك من نوبات بكاء عالٍ لا يمكن ضبطها، كما لو أنه يعاني من ألم شديد؟
نعم
حالة طارئة. اطلبي العون الطبي حالاً! فربما يكون رضيعك مصاباً بحالة بطن حاد مثل الانغلاف المعوي ص 911، أو الانسداد المعوي ص 595.
لا
إن عجزت عن الوصول إلى تشخيص حالة رضيعك من هذا المخطط فاستشيري طبيبك.
الإقياء المستمر
إن كان إقياء رضيعك مستمراً (بعد كل الرضعات وفي فترة ستة ساعات) وشديداً فربما يفقد مقداراً هاماً من سوائل جسمه. استشيري طبيبه دونما إبطاء!

الإسهال لدى الرضع (Diarrhea in infants)

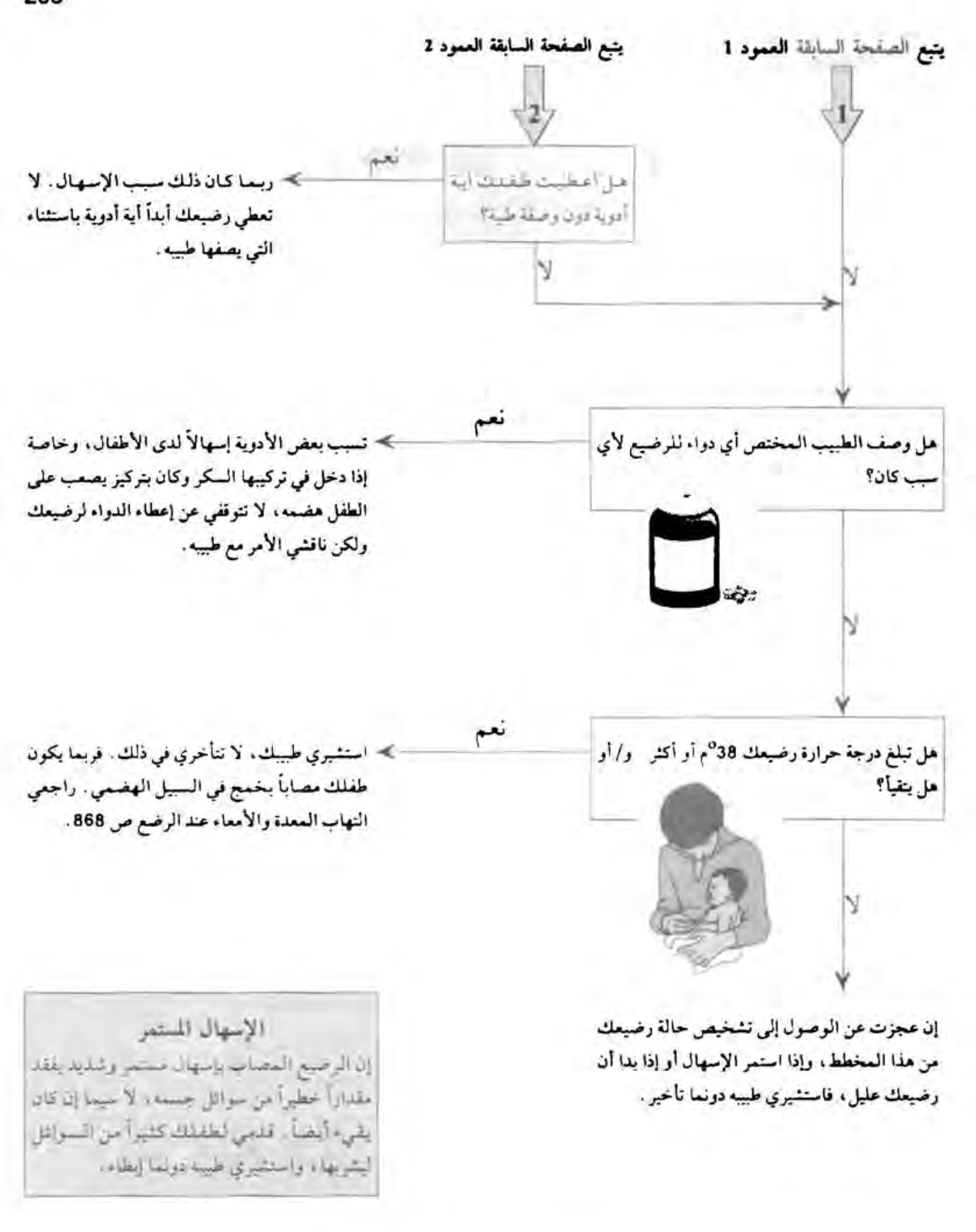


الإسهال لدى الرضع (Diarrhea in infants)



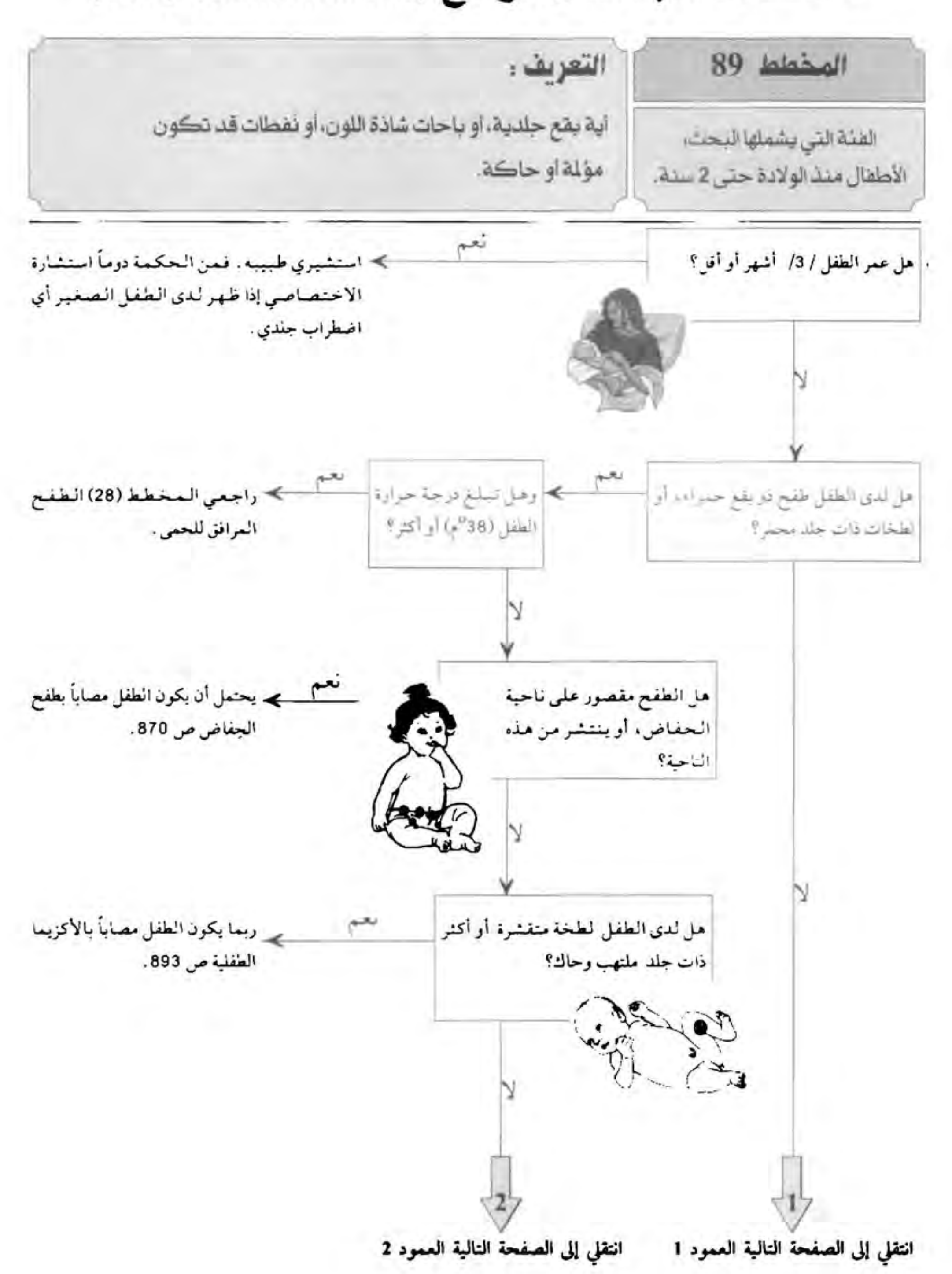
انتقلي إلى الصفحة التالية العمود 2

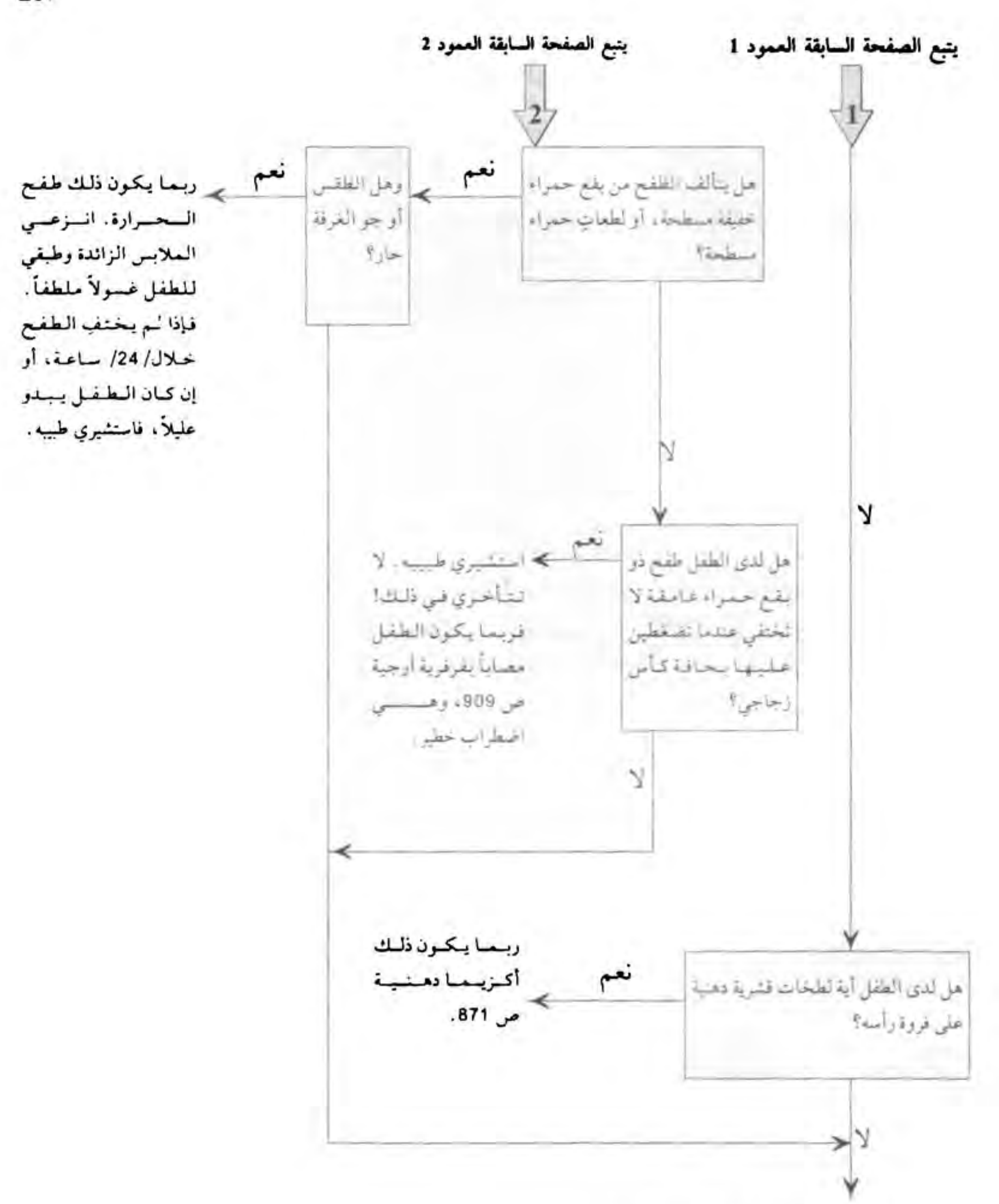
نتقلي إلى الصفحة التالية العمود 1



ملاحظة: تذكّر الأمهات أن الإسهال والإقياء وارتفاع الحرارة، ثلاثة أعراض لكل منها خطره على الطفل، فإذا اجتمعت كلها عند طفل مريض كان خطرها كبيراً.

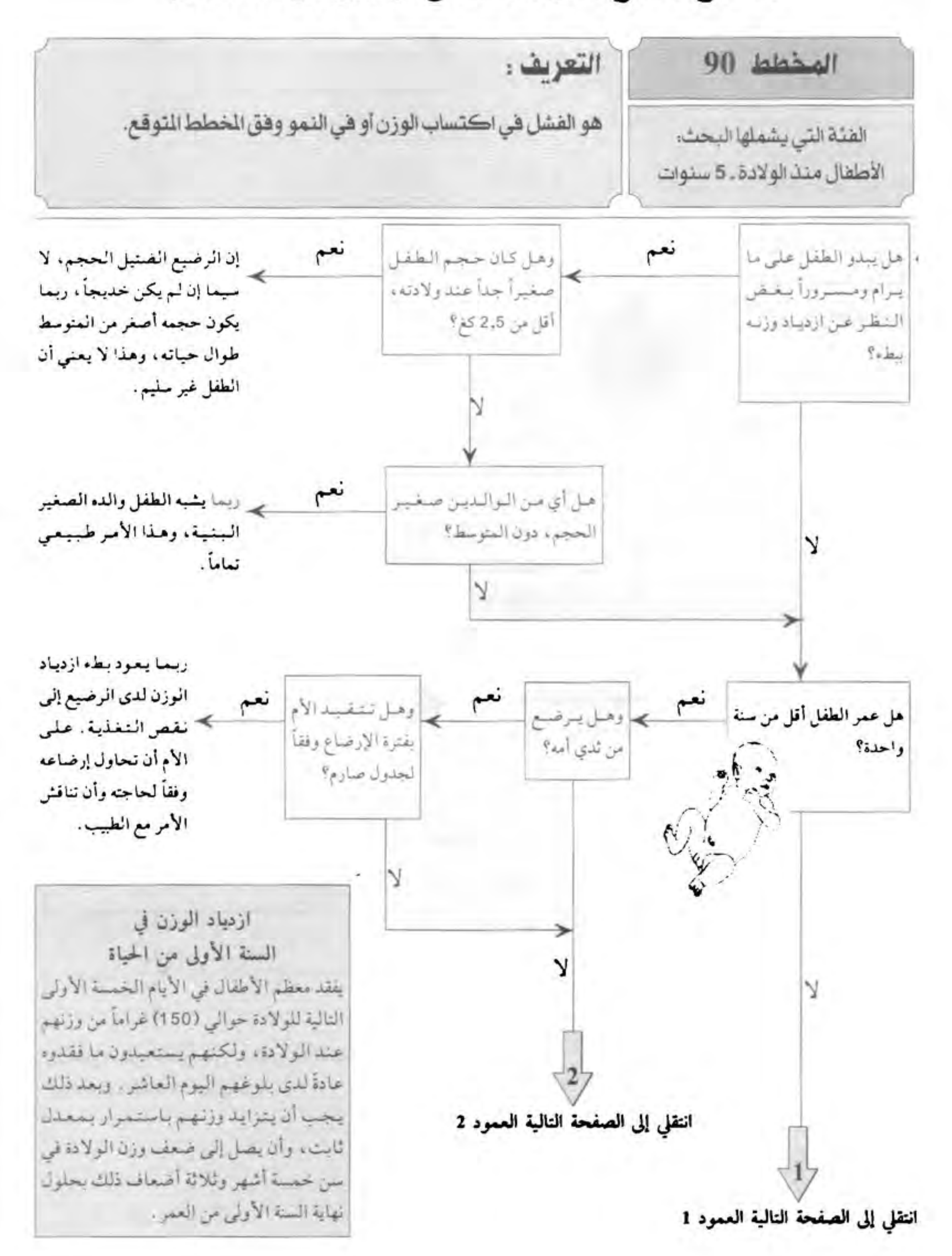
مشكلات الجلد لدى الرضع (Skin problems in infants)

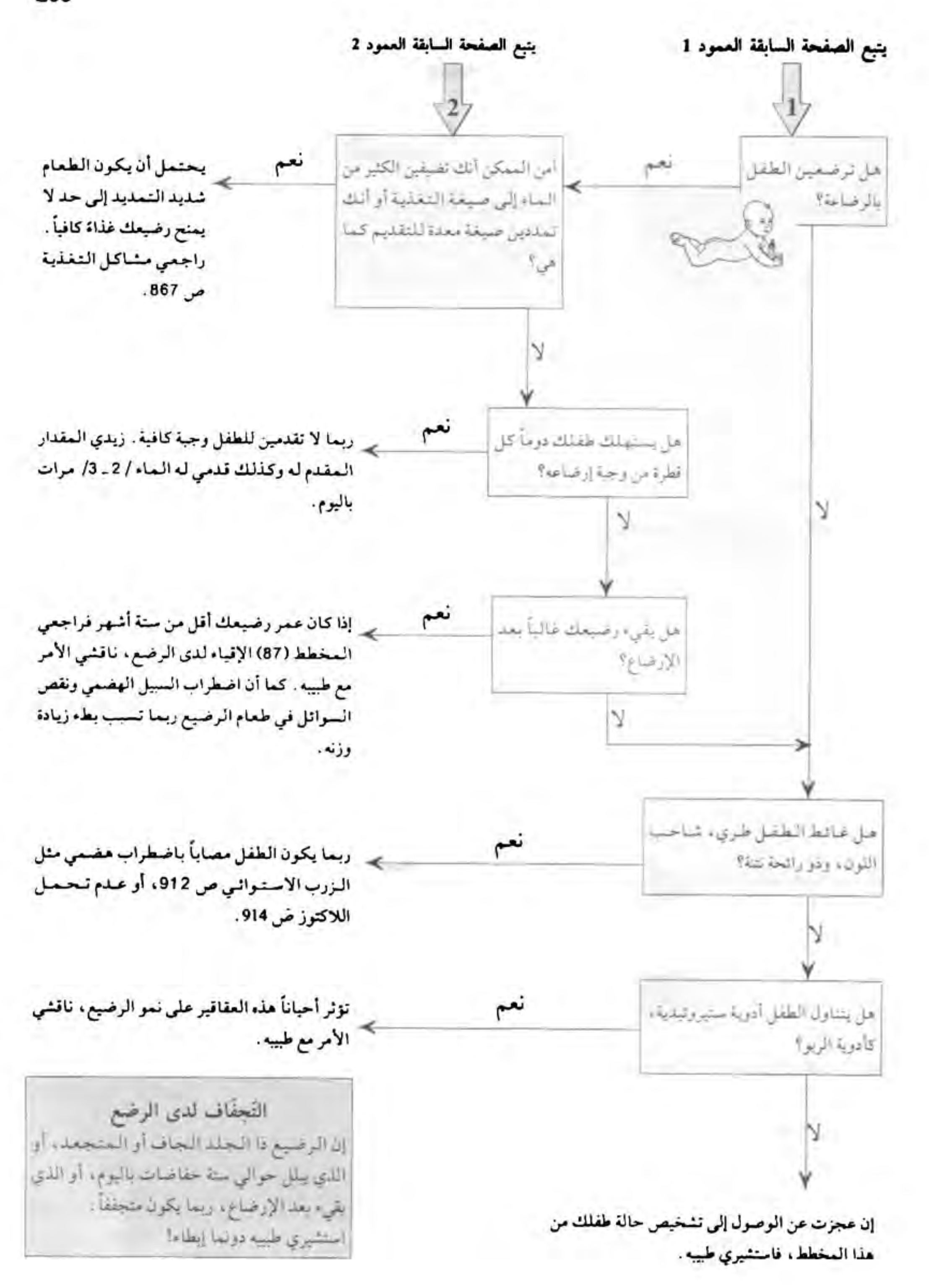




إن عجزت عن الوصول إلى تشخيص حالة طفلك من هذا المخطط، فاستشيري طبيبه.

تأخر النمو لدى الأطفال (Slow weight gain)




يتبع الصفحة السابقة العمود 1
يتبع الصفحة السابقة العمود 2
1
2
هل ترضعين الطفل بالرضاعة؟
نعم
أمن الممكن أنك تضيفين الكثير من الماء إلى صيغة التغذية أو أنك تمددين صيغة معدة للتقديم كما هي؟
نعم
يحتمل أن يكون الطعام شديد التمديد إلى حد لا يمنح رضيعك غذاء كافياً. راجعي مشاكل التغذية ص 867.
لا
هل يستهلك طفلك دوماً كل قطرة من وجبة إرضاعه؟
نعم
ربما لا تقدمين للطفل وجبة كافية. زيدي المقدار المقدم له وكذلك قدمي له الماء / 2 ـ 3/ مرات باليوم.
لا
هل يقيء رضيعك غالباً بعد الإرضاع؟
نعم
إذا كان عمر رضيعك أقل من ستة أشهر فراجعي المخطط (87) الإقياء لدى الرضع، ناقشي الأمر مع طبيبه. كما أن اضطراب السبيل الهضمي ونقص السوائل في طعام الرضيع ربما تسبب بطء زيادة وزنه.
لا
لا
هل غائط الطفل طري، شاحب اللون، وذو رائحة نتنة؟
نعم
ربما يكون الطفل مصاباً باضطراب هضمي مثل الزرب الاستوائي ص 912، أو عدم تحمل اللاكتوز ص 914.
لا
هل يتناول الطفل أدوية ستيروئيدية، كأدوية الربو؟
نعم
تؤثر أحياناً هذه العقاقير على نمو الرضيع، ناقشي الأمر مع طبيبه.
لا
إن عجزت عن الوصول إلى تشخيص حالة طفلك من هذا المخطط، فاستشيري طبيبه.
التجفاف لدى الرضع
إن الرضيع ذا الجلد الجاف أو المتجعد، أو الذي يبلل حوالي ستة حفاضات باليوم، أو الذي يقيء بعد الإرضاع، ربما يكون متجففاً: استشيري طبيبه دونما إبطاء!

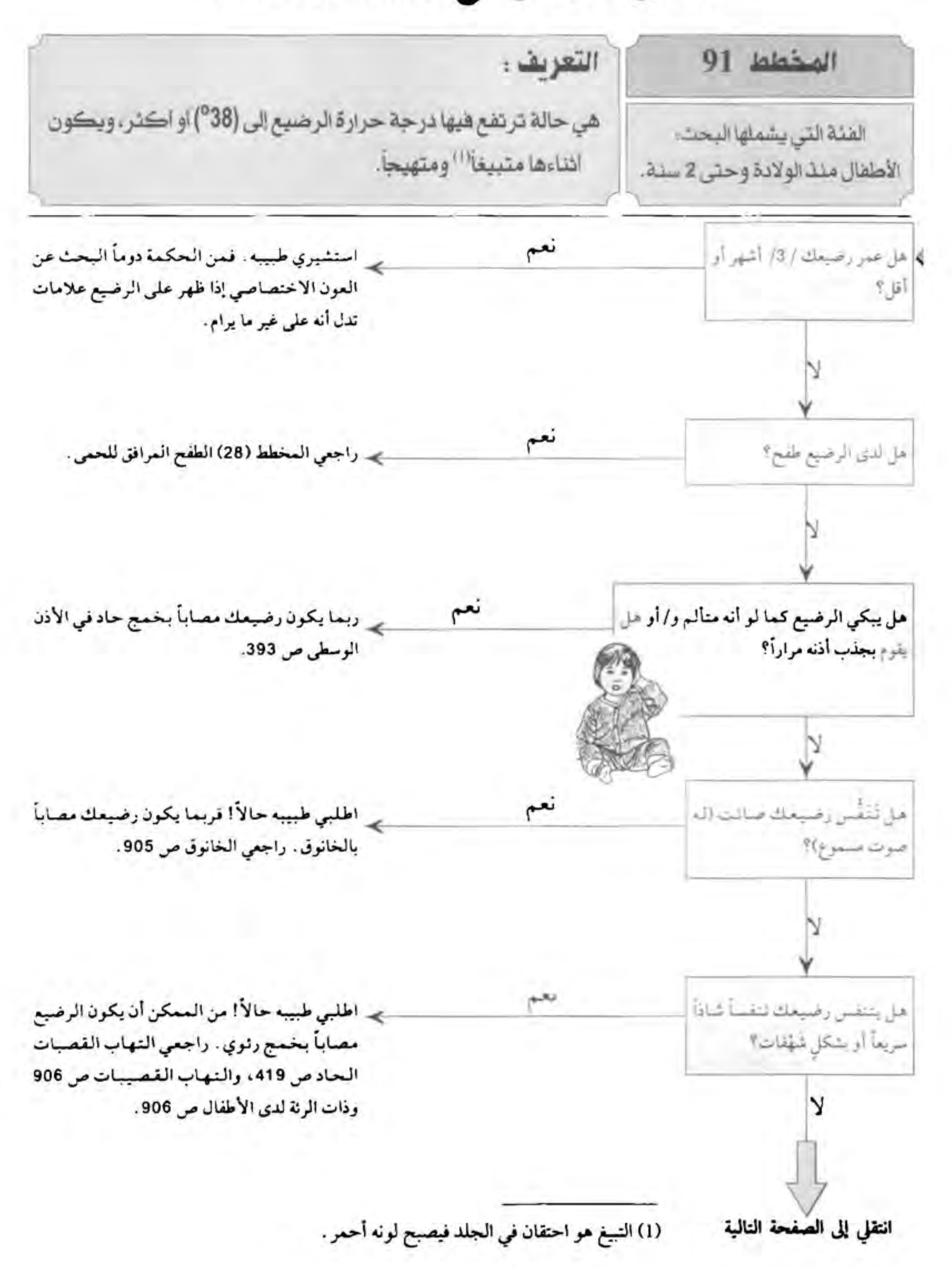
الحمى لدى الرضع (Fever in infants)

المخطط 91

الفئة التي يشملها البحث:
الأطفال منذ الولادة وحتى 2 سنة.

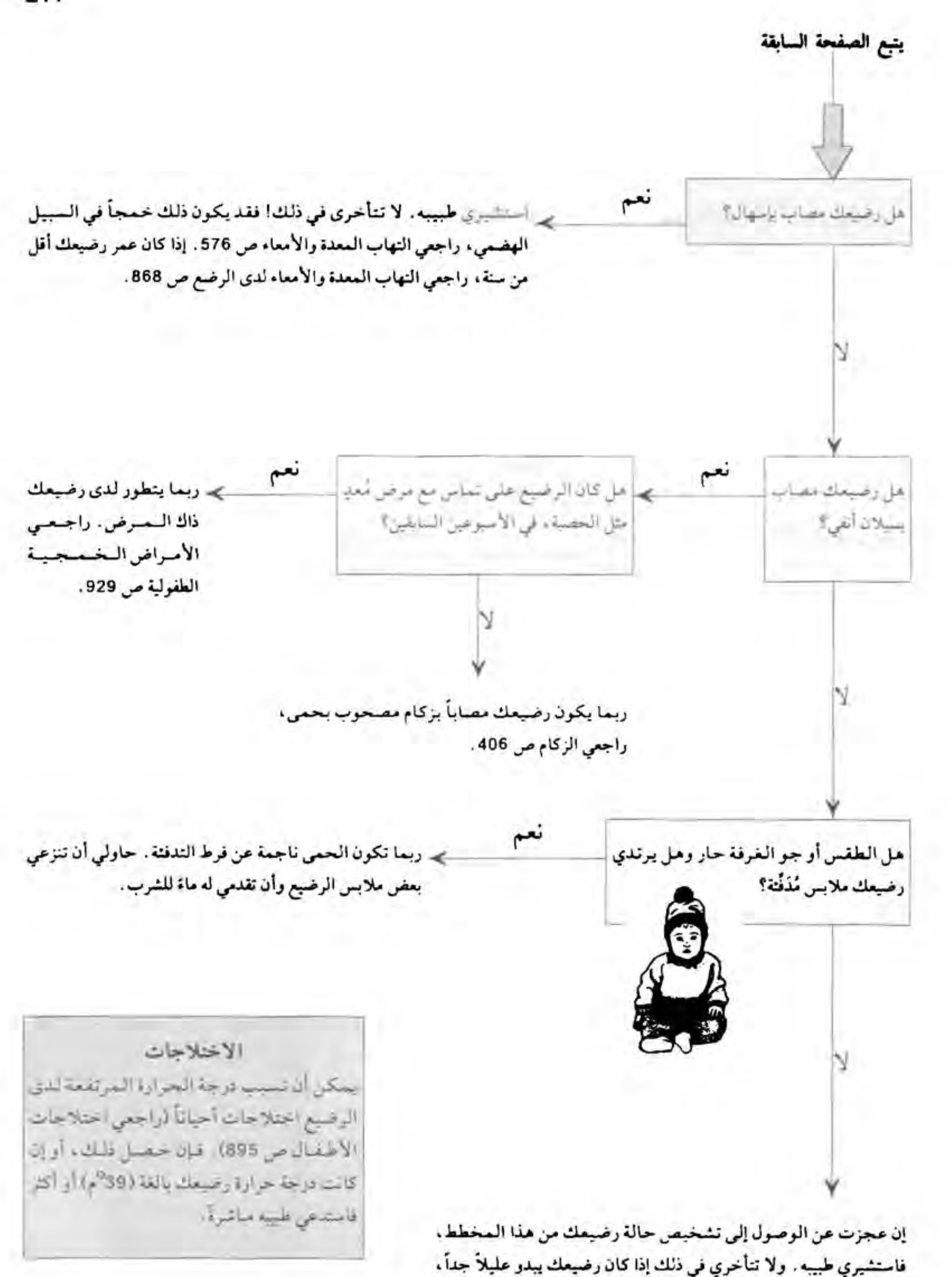
التعريف:

هي حالة ترتفع فيها درجة حرارة الرضيع إلى (38°) أو أكثر، ويكون أثناءها متبيغاً(1) ومتهيجاً.



انتقلي إلى الصفحة التالية

(1) التبيغ هو احتقان في الجلد فيصبح لونه أحمر.



الاختلاجات

يمكن أن تسبب درجة الحرارة المرتفعة لدى الرضيع اختلاجات أحياناً (راجعي اختلاجات الأطفال ص 895). فإن حصل ذلك، أو إن كانت درجة حرارة رضيعك بالغة (39°م) أو أكثر فاستدعي طبيبه مباشرة.

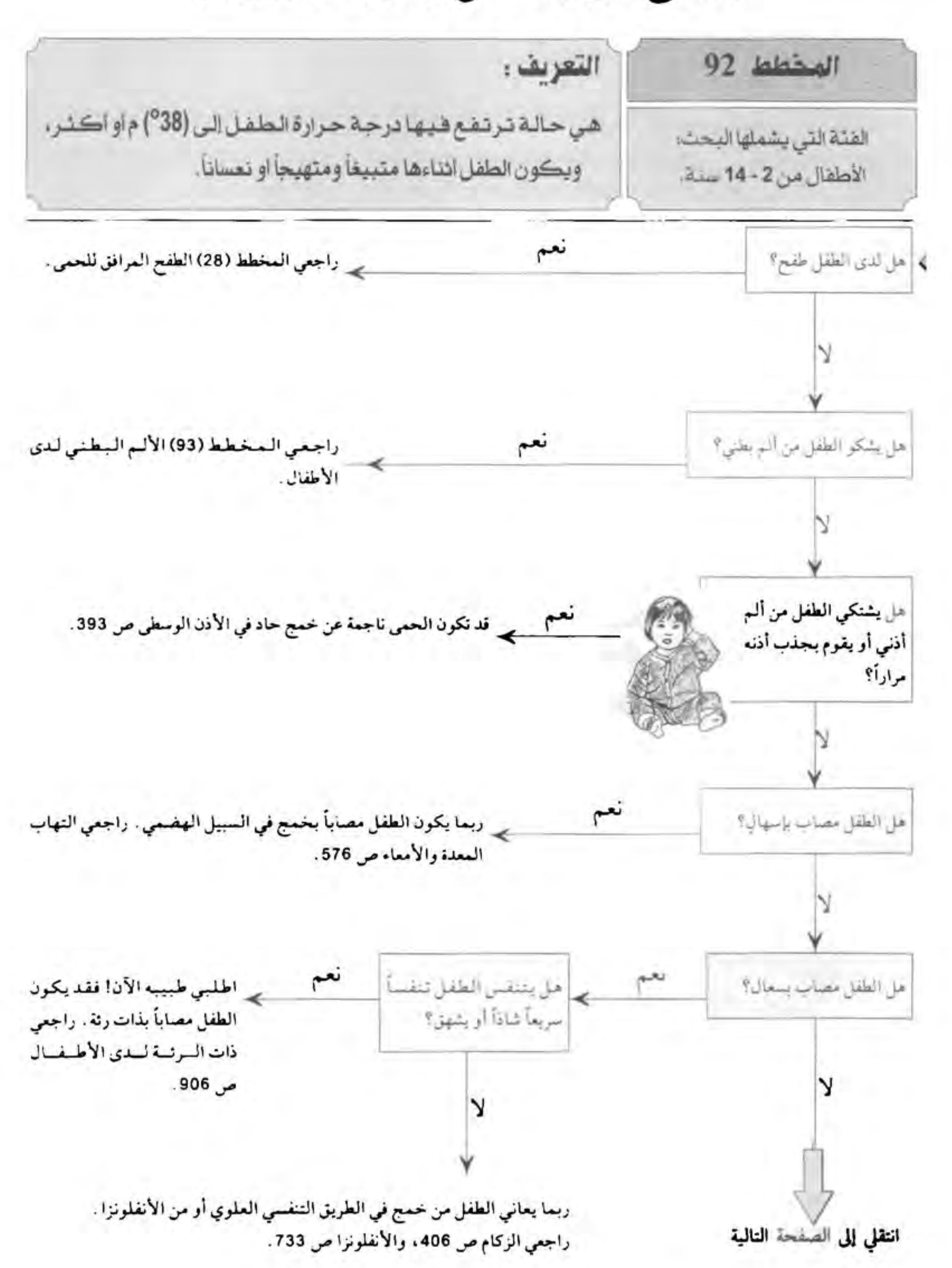
الحمى لدى الأطفال (Fever in children)

المخطط 92

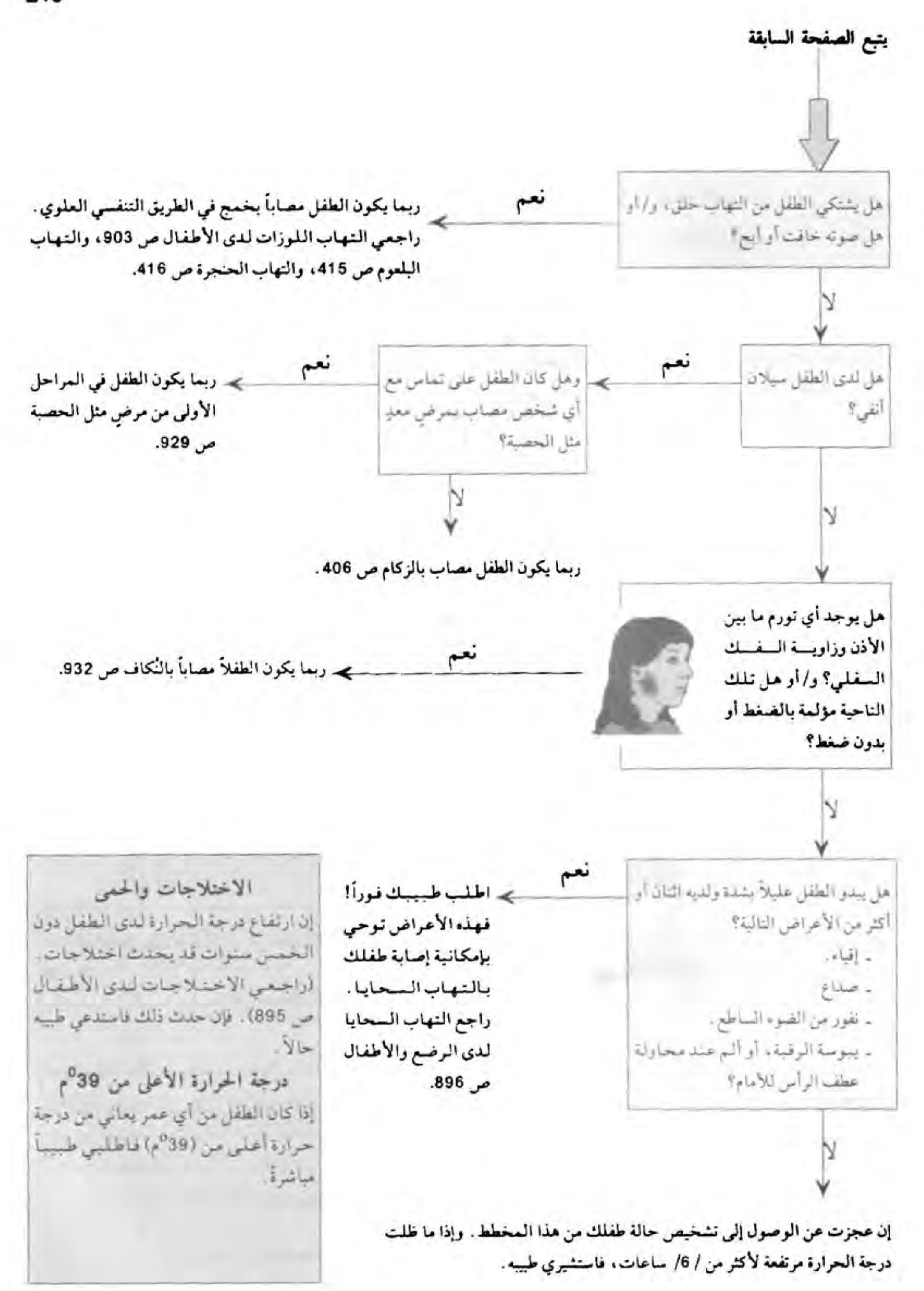
الفئة التي يشملها البحث:
الأطفال من 2 - 14 سنة.

التعريف :

هي حالة ترتفع فيها درجة حرارة الطفل الى (38°) م او أكثر، ويكون الطفل اثناءها متبيغاً ومتهيجاً او نعساناً.



انتقلي إلى الصفحة التالية


يتبع الصفحة السابقة
هل يشتكي الطفل من التهاب حلق، و/أو هل صوته خافت أو أبح؟
نعم
ربما يكون الطفل مصاباً بخمج في الطريق التنفسي العلوي. راجعي التهاب اللوزات لدى الأطفال ص 903، والتهاب البلعوم ص 415، والتهاب الحنجرة ص 416.
لا
هل لدى الطفل سيلان أنفي؟
نعم
وهل كان الطفل على تماس مع أي شخص مصاب بمرضٍ معدٍ مثل الحصبة؟
نعم
ربما يكون الطفل في المراحل الأولى من مرضٍ مثل الحصبة ص 929.
لا
ربما يكون الطفل مصاب بالزكام ص 406.
لا
هل يوجد أي تورم ما بين الأذن وزاوية الفك السفلي؟ و/أو هل تلك الناحية مؤلمة بالضغط أو بدون ضغط؟
نعم
ربما يكون الطفلاً مصاباً بالنُكاف ص 932.
لا
هل يبدو الطفل عليلاً بشدة ولديه اثنان أو أكثر من الأعراض التالية؟
- إقياء.
- صداع
- نفور من الضوء الساطع.
- يبوسة الرقبة، أو ألم عند محاولة عطف الرأس للأمام؟
نعم
اطلب طبيبك فوراً! فهذه الأعراض توحي بإمكانية إصابة طفلك بالتهاب السحايا. راجع التهاب السحايا لدى الرضع والأطفال ص 896.
لا
إن عجزت عن الوصول إلى تشخيص حالة طفلك من هذا المخطط. وإذا ما ظلت درجة الحرارة مرتفعة لأكثر من / 6/ ساعات، فاستشيري طبيبه.
الاختلاجات والحمى
إن ارتفاع درجة الحرارة لدى الطفل دون الخمس سنوات قد يحدث اختلاجات. (راجعي الاختلاجات لدى الأطفال ص 895). فإن حدث ذلك فاستدعي طبيبه حالاً.
درجة الحرارة الأعلى من 39°م
إذا كان الطفل من أي عمر يعاني من درجة حرارة أعلى من (39°م) فاطلبي طبيباً مباشرةً.

الألم البطني عند الأطفال (Abdominal pain in children)

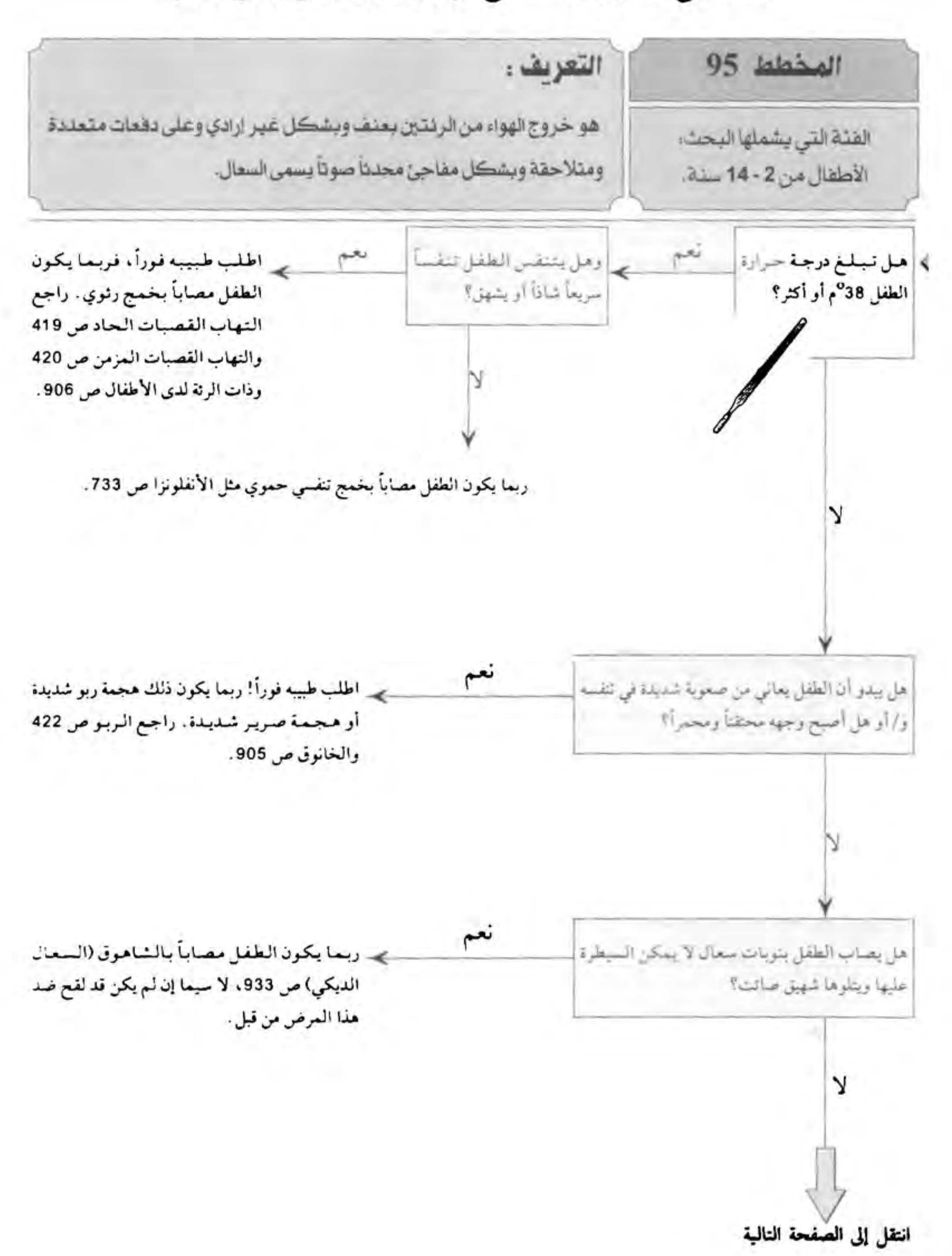


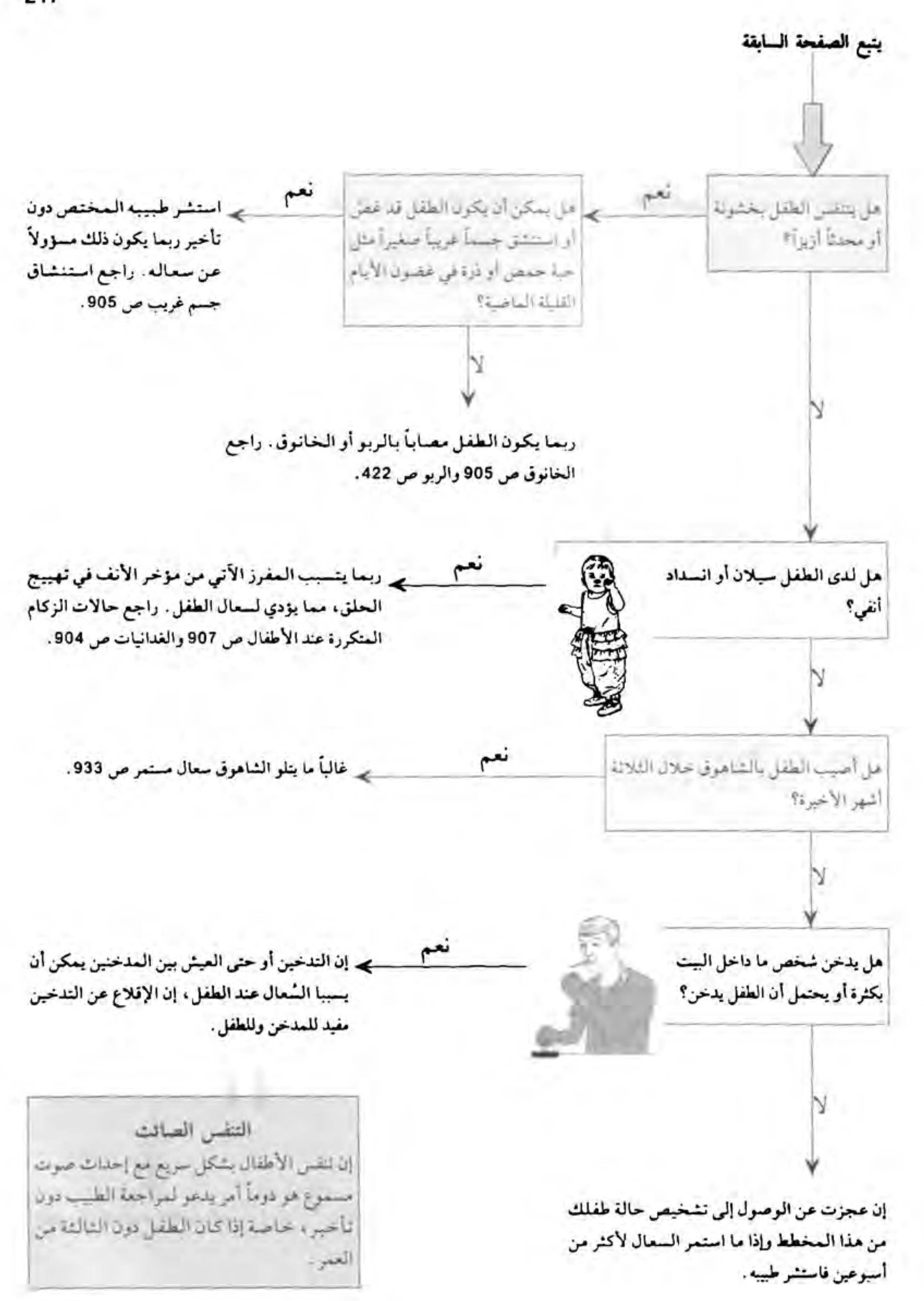
الحك لدى الأطفال (Itching in children)



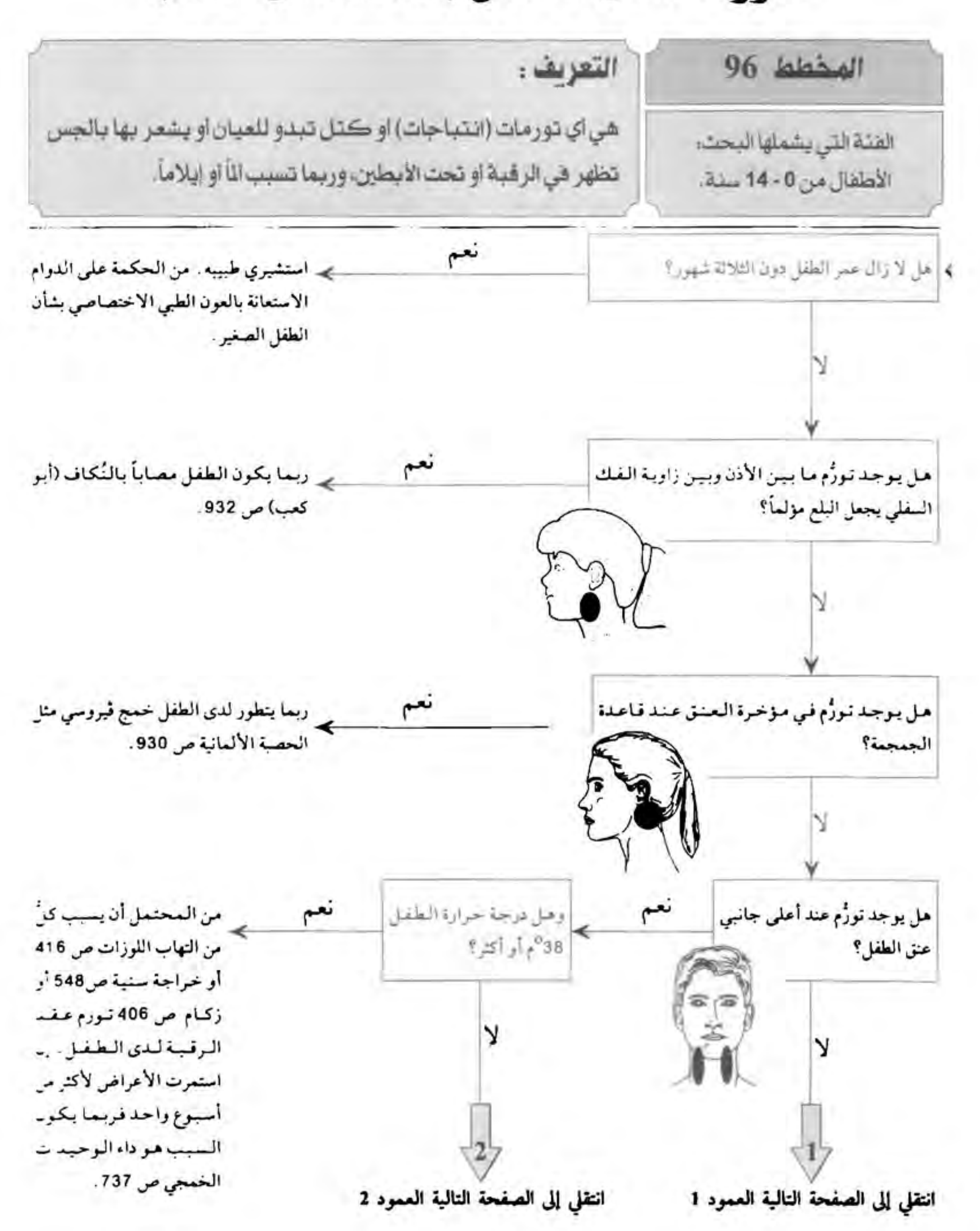
إن عجزت عن الوصول إلى تشخيص حالة طفلك من هذا المخطط فاستشيري طبيبه.

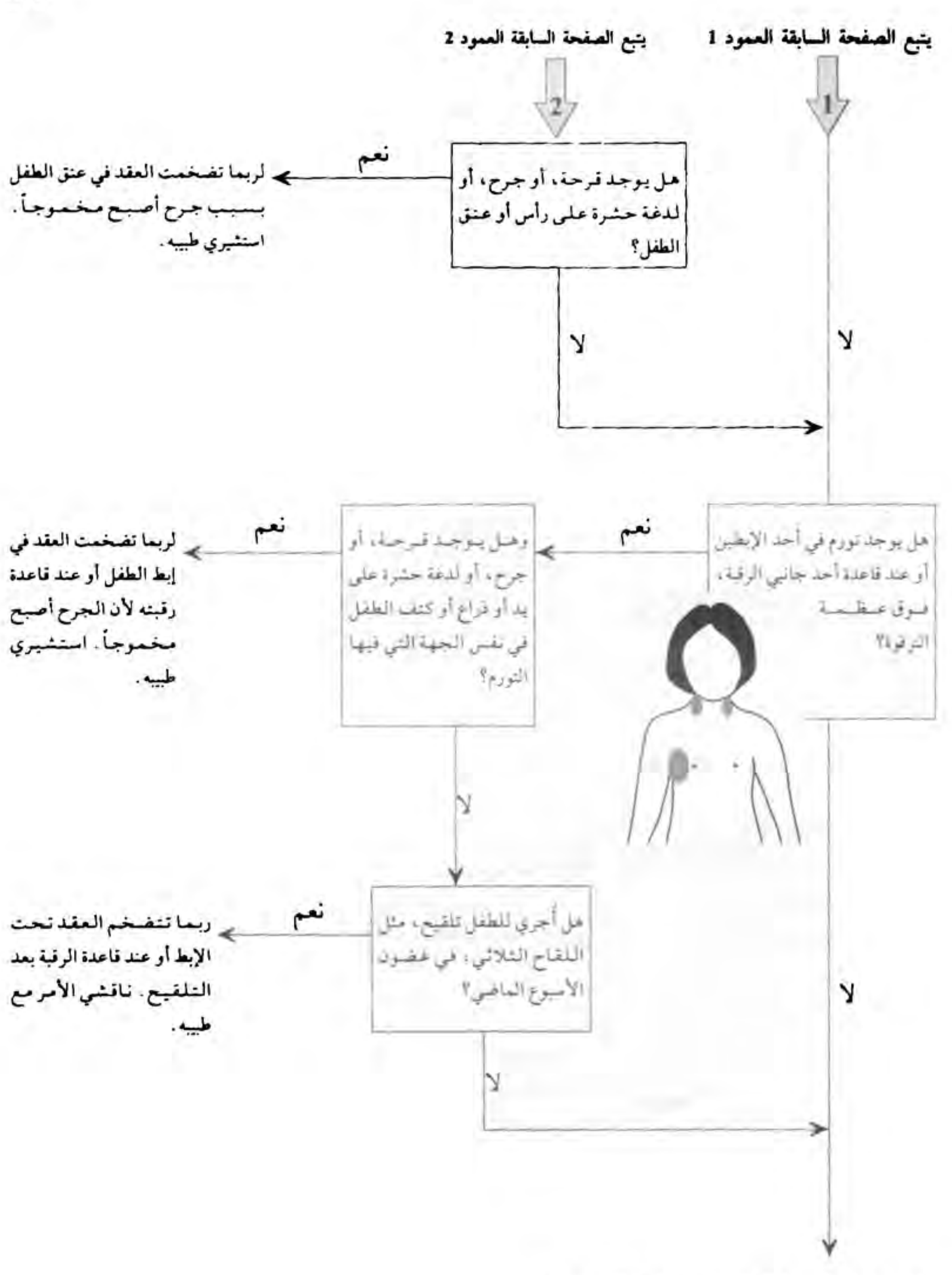
السُّعال لدى الأطفال (Coughing in children)




يتبع الصفحة السابقة
هل يتنفس الطفل بخشونة أو محدثاً أزيزاً؟
نعم
هل يمكن أن يكون الطفل قد غص أو استنشق جسماً غريباً صغيراً مثل حبة حمص أو ذرة في غضون الأيام القليلة الماضية؟
نعم
استشر طبيبه المختص دون تأخير ربما يكون ذلك مسؤولاً عن سعاله. راجع استنشاق جسم غريب ص 905.
لا
ربما يكون الطفل مصاباً بالربو أو الخانوق. راجع الخانوق ص 905 والربو ص 422.
لا
هل لدى الطفل سيلان أو انسداد أنفي؟
نعم
ربما يتسبب المفرز الآتي من مؤخر الأنف في تهييج الحلق، مما يؤدي لسعال الطفل. راجع حالات الزكام المتكررة عند الأطفال ص 907 والغدانيات ص 904.
لا
هل أصيب الطفل بالشاهوق خلال الثلاثة أشهر الأخيرة؟
نعم
غالباً ما يتلو الشاهوق سعال مستمر ص 933.
لا
هل يدخن شخص ما داخل البيت بكثرة أو يحتمل أن الطفل يدخن؟
نعم
إن التدخين أو حتى العيش بين المدخنين يمكن أن يسببا السُعال عند الطفل، إن الإقلاع عن التدخين مفيد للمدخن وللطفل.
لا
إن عجزت عن الوصول إلى تشخيص حالة طفلك من هذا المخطط وإذا ما استمر السعال لأكثر من أسبوعين فاستشر طبيبه.
التنفس الصائت
إن لتنفس الأطفال بشكل سريع مع إحداث صوت مسموع هو دوماً أمر يدعو لمراجعة الطبيب دون تأخير، خاصة إذا كان الطفل دون الثالثة من العمر.

التورمات لدى الأطفال (Swellings in children)





إن عجزت عن الوصول إلى تشخيص حالة طفلك من هذا المخطط، وإذا ما استمر التورُّم لأكثر من أسبوع واحد، فاستشيري طبيبه.

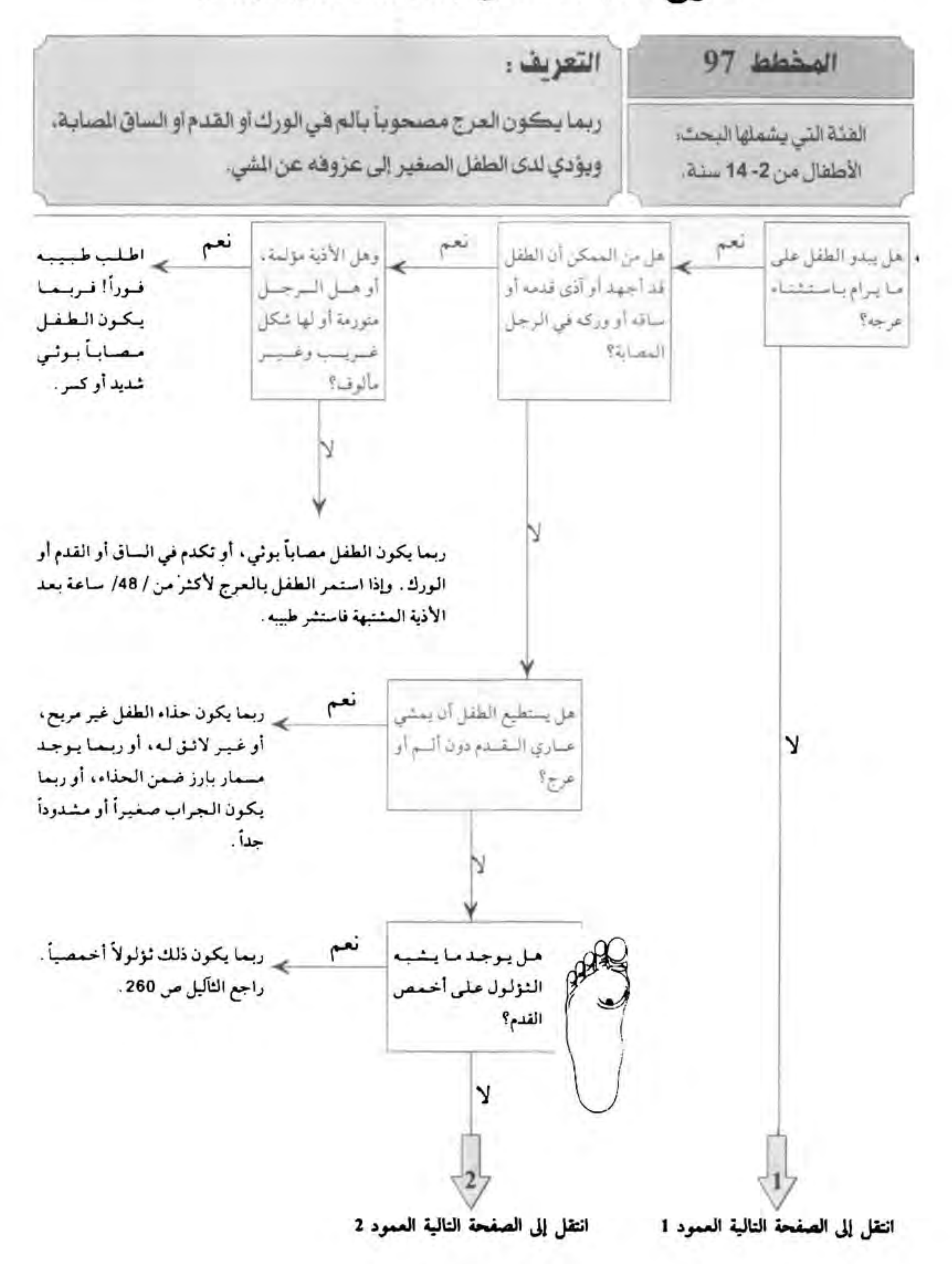
العرج لدى الأطفال (Limping in children)

المخطط 97

الفئة التي يشملها البحث:
الأطفال من 2- 14 سنة.

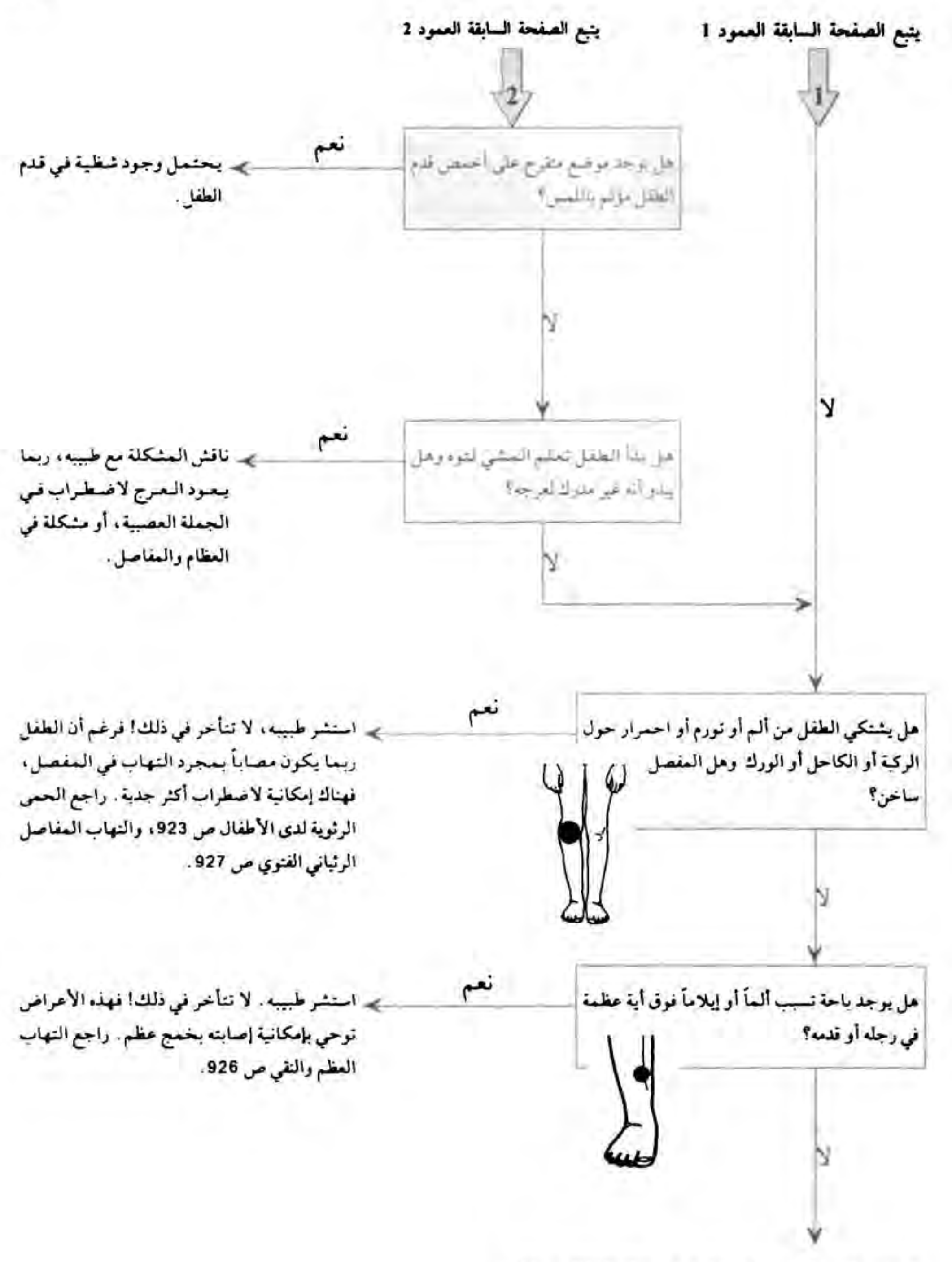
التعريف :

ربما يكون العرج مصحوباً بألم في الورك أو القدم أو الساق المصابة، ويؤدي لدى الطفل الصغير إلى عزوفه عن المشي.



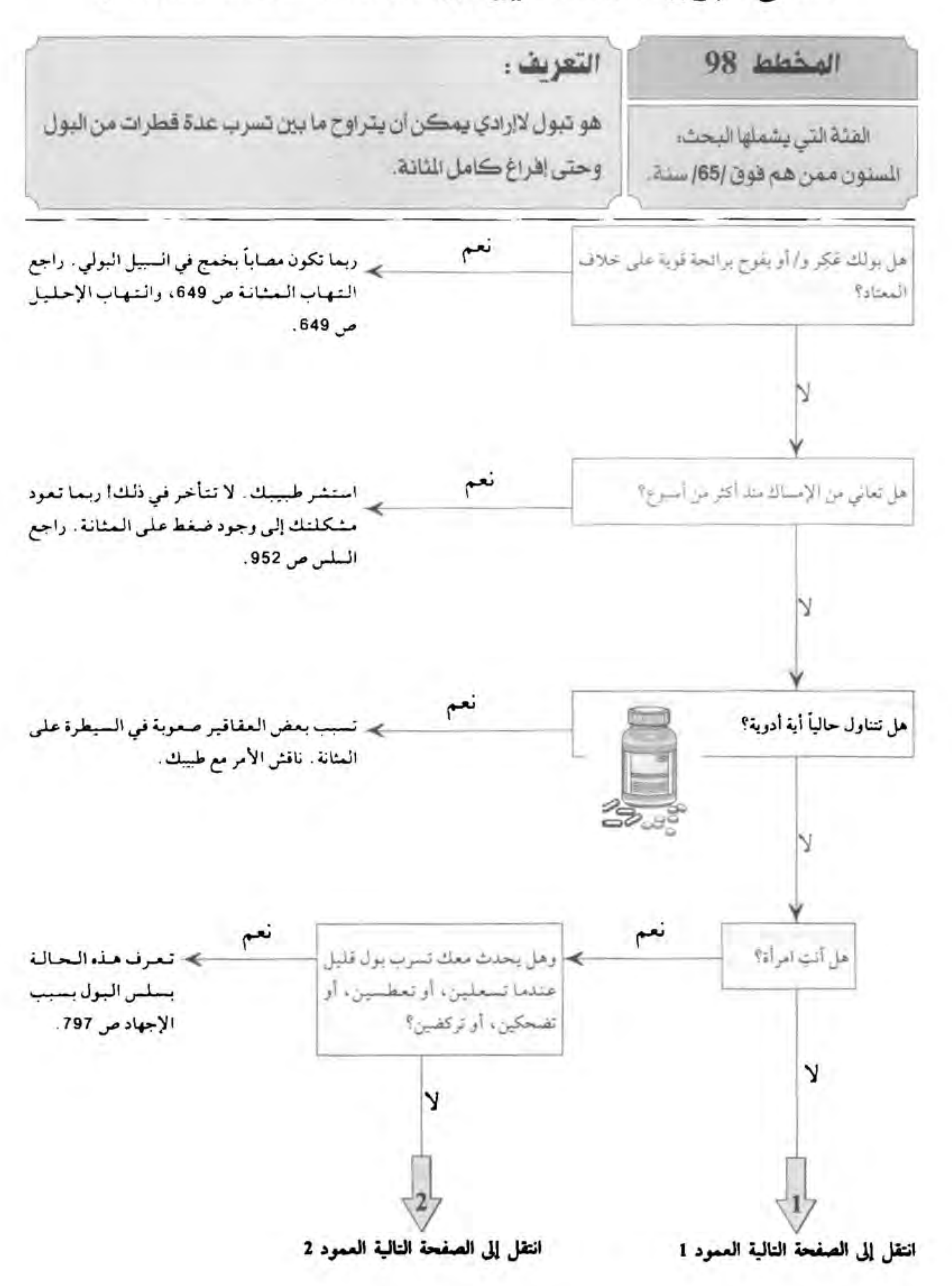
انتقل إلى الصفحة التالية العمود 1

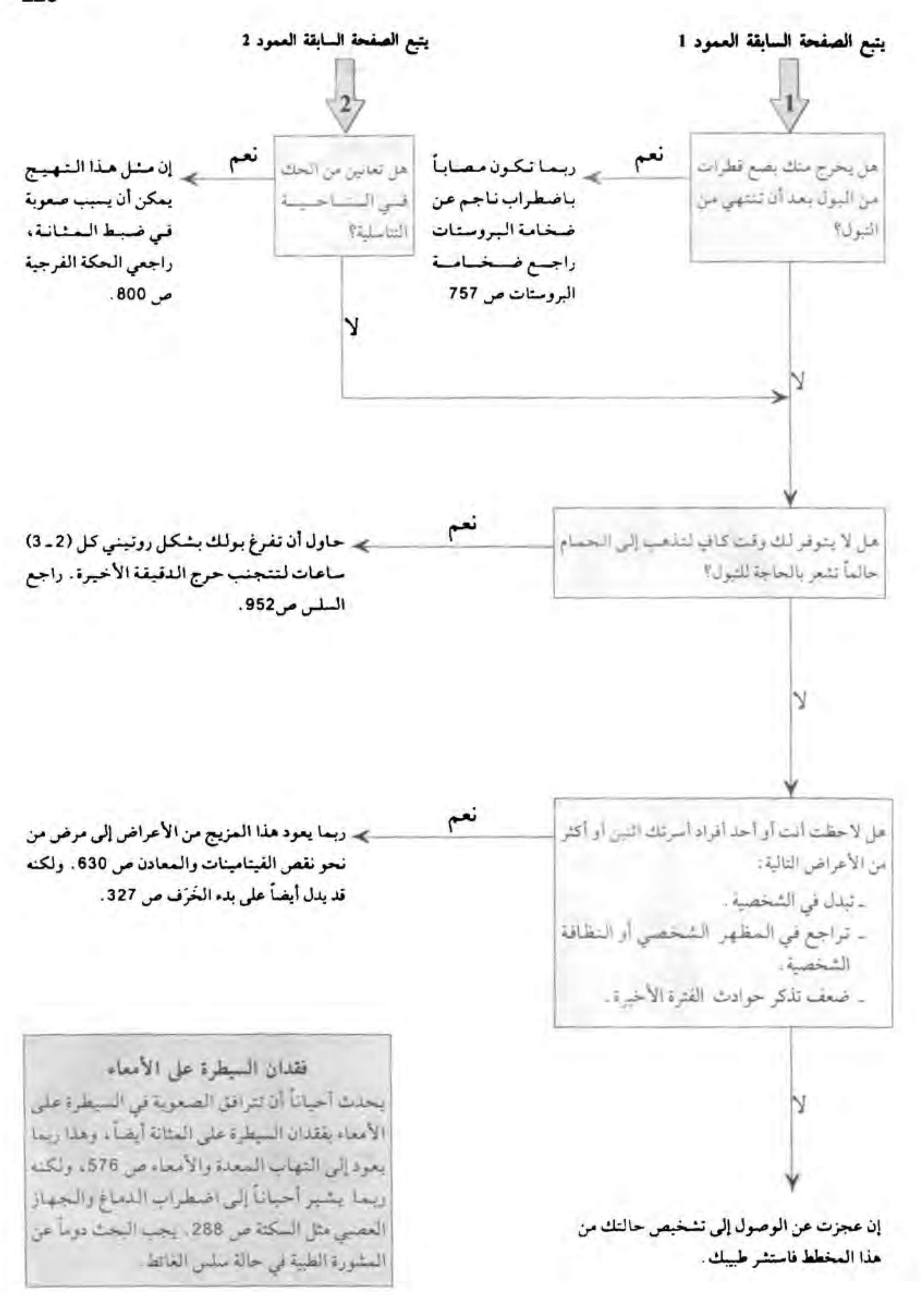
انتقل إلى الصفحة التالية العمود 2



إن عجزت عن الوصول إلى تشخيص حالة طفلك من هذا المخطط، وإذا لم يتحسن عرج الطفل تحسناً واضحاً بعد 48/ ساعة من الراحة في الفراش، فاستشر طبيبه.

سَلَسُ البول لدى المسنين (Incontinence in the elderly)





يتبع الصفحة السابقة العمود 1
1
هل يخرج منك بضع قطرات من البول بعد أن تنتهي من التبول؟
نعم
ربما تكون مصاباً باضطراب ناجم عن ضخامة البروستات راجع ضخامة البروستات ص 757
لا
يتبع الصفحة السابقة العمود 2
2
هل تعانين من الحك في الناحية التناسلية؟
نعم
إن مثل هذا التهيج يمكن أن يسبب صعوبة في ضبط المثانة، راجعي الحكة الفرجية ص 800.
لا
هل لا يتوفر لك وقت كافٍ لتذهب إلى الحمام حالماً تشعر بالحاجة للتبول؟
نعم
حاول أن تفرغ بولك بشكل روتيني كل (2 ـ 3) ساعات لتتجنب حرج الدقيقة الأخيرة. راجع السلس ص952.
لا
هل لاحظت أنت أو أحد أفراد أسرتك اثنين أو أكثر من الأعراض التالية:
ـ تبدل في الشخصية.
ـ تراجع في المظهر الشخصي أو النظافة الشخصية.
ـ ضعف تذكر حوادث الفترة الأخيرة.
نعم
ربما يعود هذا المزيج من الأعراض إلى مرض من نحو نقص الفيتامينات والمعادن ص 630. ولكنه قد يدل أيضاً على بدء الخَرَف ص 327.
لا
إن عجزت عن الوصول إلى تشخيص حالتك من هذا المخطط فاستشر طبيبك.
فقدان السيطرة على الأمعاء
يحدث أحياناً أن تترافق الصعوبة في السيطرة على الأمعاء بفقدان السيطرة على المثانة أيضاً، وهذا ربما يعود إلى التهاب المعدة والأمعاء ص 576، ولكنه ربما يشير أحياناً إلى اضطراب الدماغ والجهاز العصبي مثل السكتة ص 288. يجب البحث دوماً عن المشورة الطبية في حالة سلس الغائط.

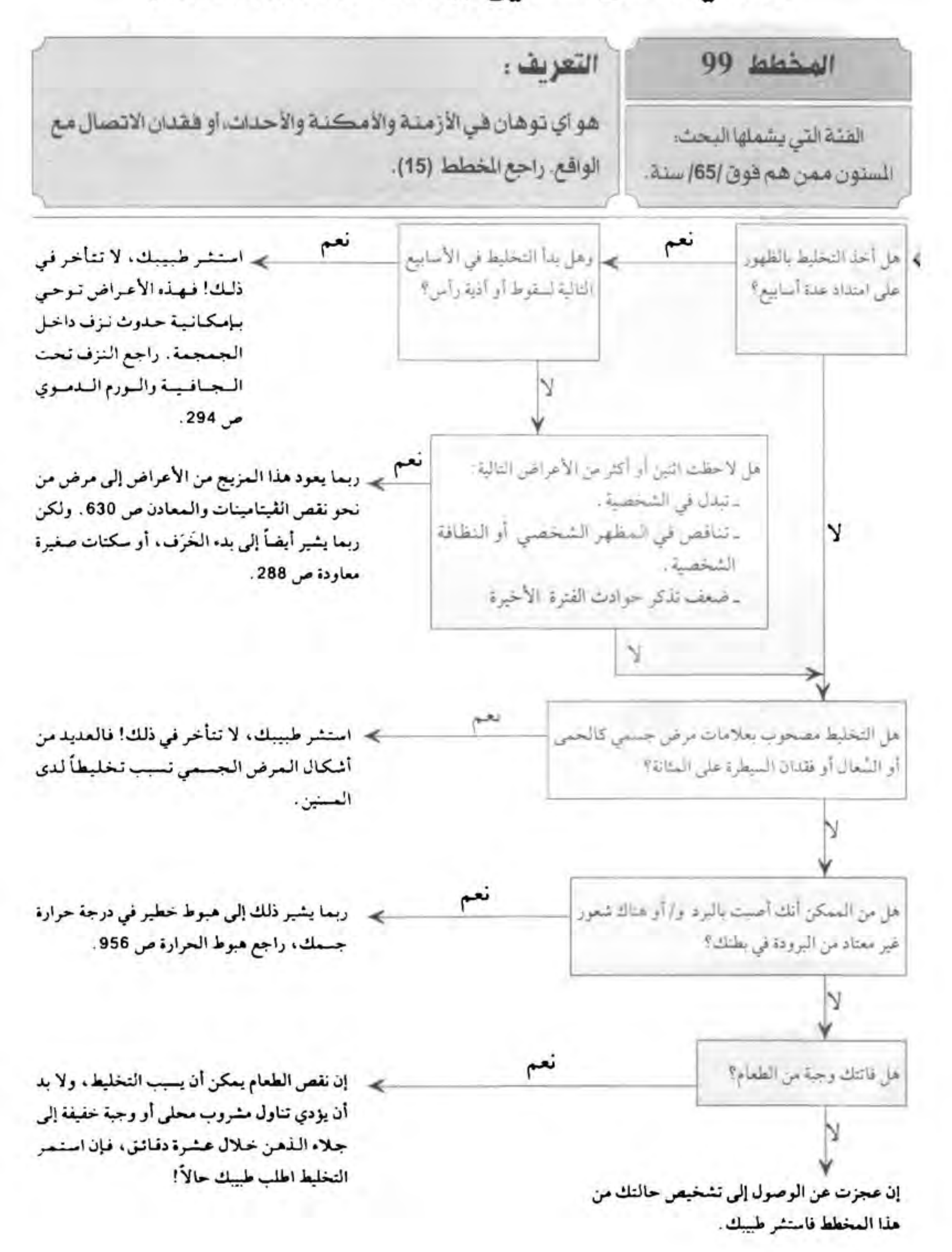
التخليط لدى المسنين (Confusion in the elderly)

المخطط 99

الفئة التي يشملها البحث:
المسنون ممن هم فوق /65/ سنة.

التعريف:

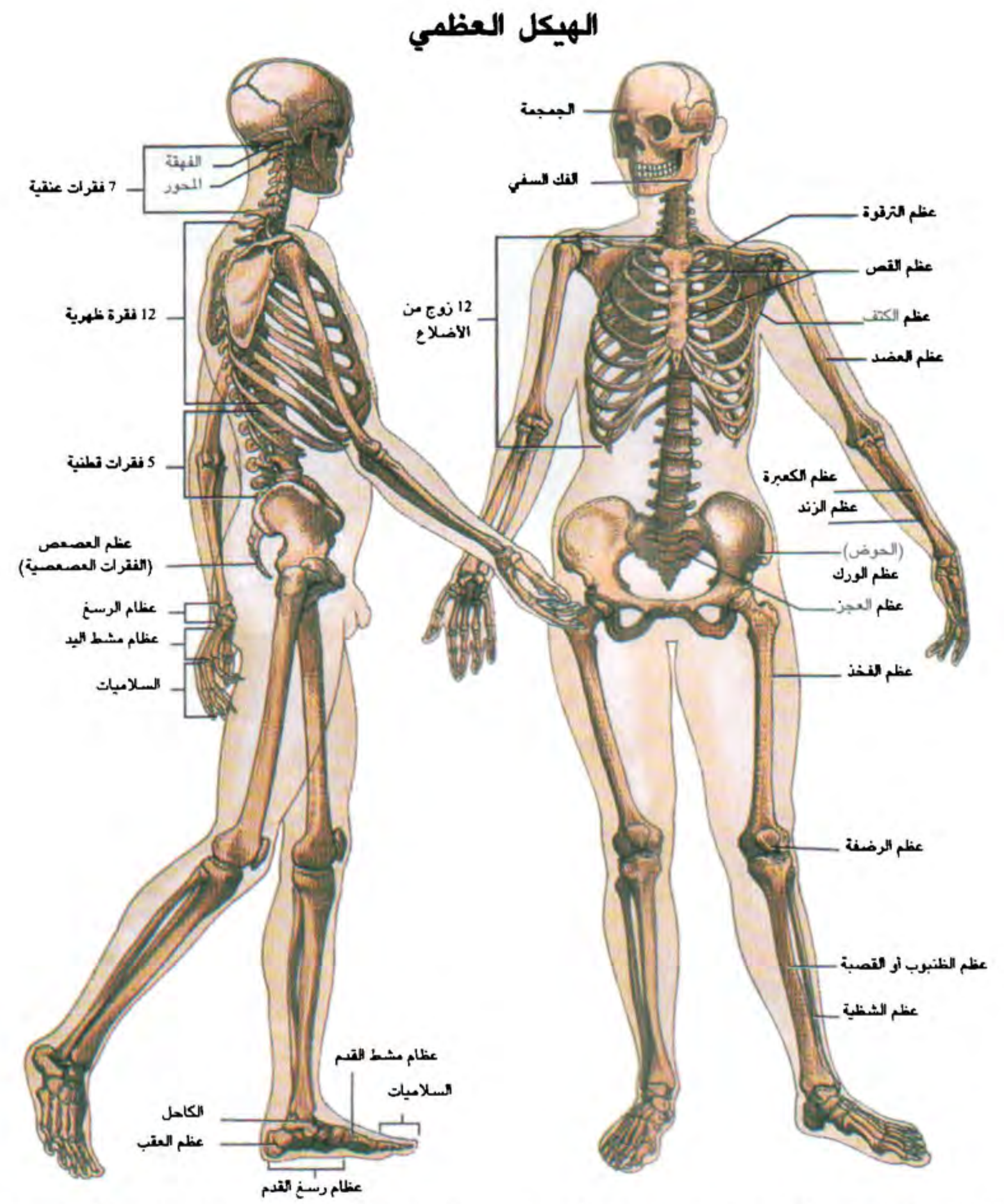
هو أي توهان في الأزمنة والأمكنة والأحداث، أو فقدان الاتصال مع الواقع. راجع المخطط (15).



الباب الثالث

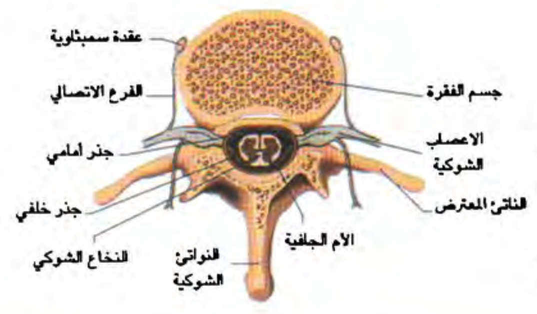
ـ 1 ـ
تشريح جسم الإنسان

الهيكل العظمي



* يتكون الهيكل العظمي للإنسان من 206 عظمة موزعة كما يلي:
- 29 عظمة في الرأس. ـ 32 عظمة في كل طرف علوي.
- 25 عظمة في القفص الصدري ـ 31 عظمة في كل طرف سفلي.
- 26 عظمة في العمود الفقري (راجع الصفحة الثانية).

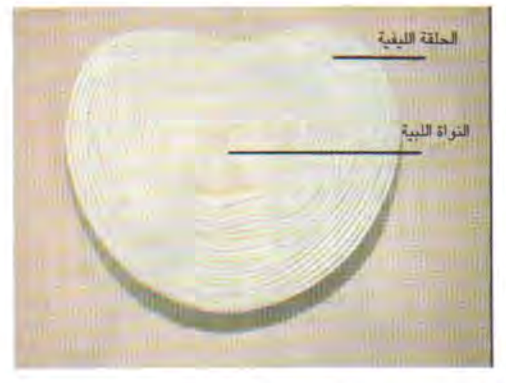
* يتألف القفص الصدري من 12 زوجاً من الأضلاع وعظم القص والفقرات الظهرية.



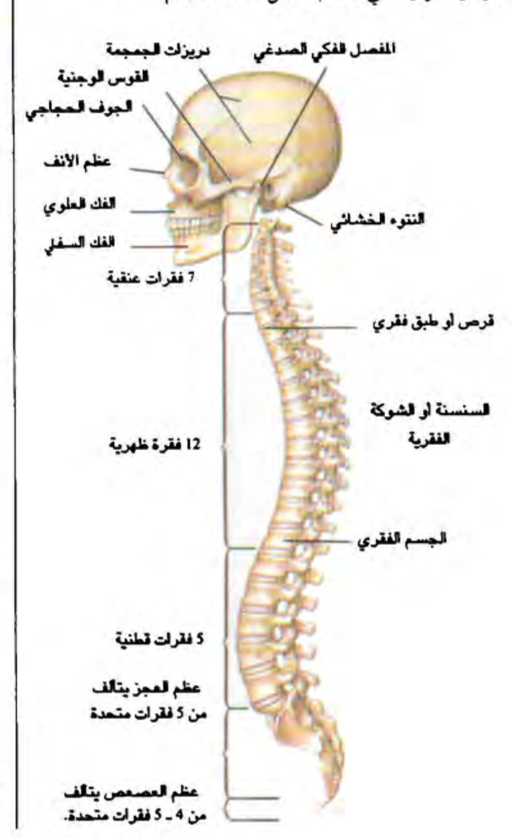
فقرة رقبية من الأعلى: تتألف الفقرة الواحدة من جسم وعنق وقوس وثلاثة نتوءات عظمية وسطحين مفصليين علوي وسفلي، وفتحة تشكل جزءاً من القناة التي يمر ضمنها النخاع الشوكي (الحبل الشوكي).
يفصل بين كل فقرتين قرص غضروفي ليفي خاص، قوي ومرن، يسهل حركة الفقرات فوق بعضها البعض، ويخفف من أذى الصدمات الواقعة عليها ويمنع احتكاكها مع بعضها.

العمود الفقري والجمجمة

ـ يتألف العمود الفقري من 34 فقرة:
7 فقرات رقبية ـ 12 فقرة ظهرية ـ 5 فقرات قطنية
5 فقرات عجزية ملتحمة مع بعضها بحيث تشكل عظماً واحداً ـ 4 ـ 5 فقرات عصعصية ملتحمة مع بعضها بحيث تشكل عظماً واحداً. يوجد ضمن بنية العمود الفقري قناة، تمر من أعلاه إلى أسفله، يمر خلالها النخاع الشوكي، ومنه تتفرع جذور الأعصاب الحسية والحركية التي تعصب كامل أنحاء الجسم.

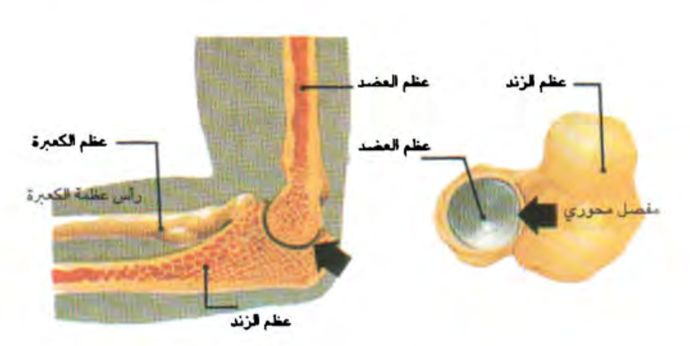


القرص: يحوي القرص الغضروفي الليفي في مركزه مادة هلامية محاطة بمحفظة ليفية متينة تمكنه من الحفاظ على شكله ومن أداء وظيفته.



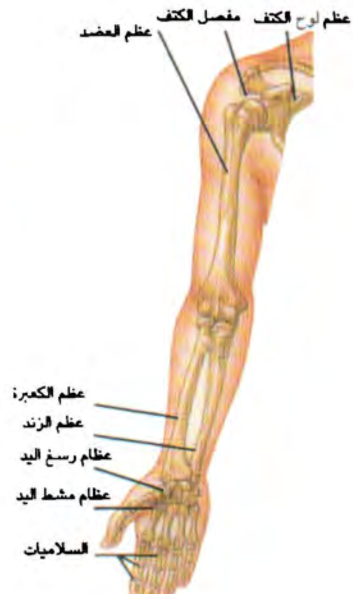


الجمجمة: تتألف الجمجمة من 29 عظماً (عدا الأسنان) تتصل مع بعضها بمفاصل تدعى الدريزات.



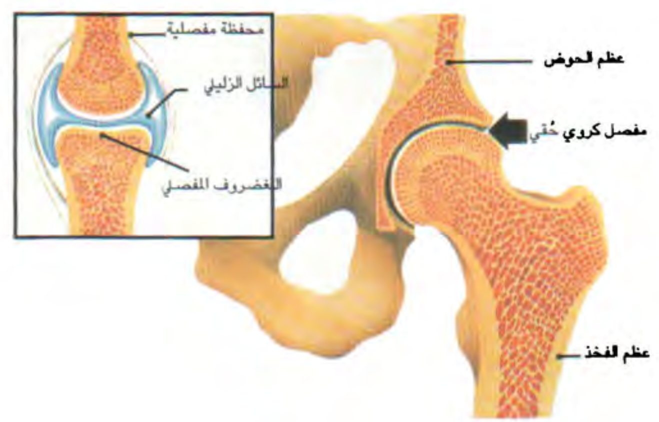
مفصل المرفق أو الكوع

المفاصل هي واسطة الوصل بين عظام الإنسان وهي عدة أنواع، ولكل منها حدود حركة ثابتة لا يمكن تجاوزها.



عظام الطرف العلوي

يتألف كل طرف علوي من 32 عظمة.

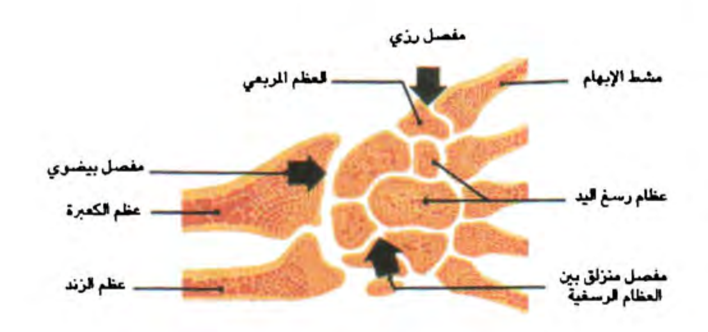


مفصل الورك



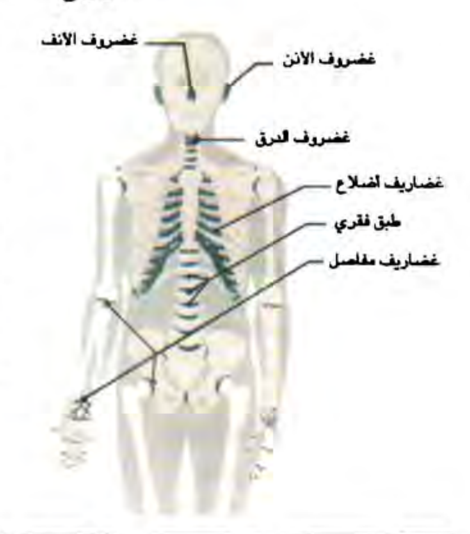
عظام الطرف السفلي

يتألف كل طرف سفلي من 31 عظمة.



مفاصل الكف

توزع الغضاريف في الجسم



الغضاريف (Cartilages)

تتشكل الغضاريف من نسيج ليفي ضام متين، مرن، لين، ذي لون مبيض، له دور داعم لنسج جسم الإنسان، وهو خالٍ من الأوعية الدموية، لذلك نجده لا يلتئم عادة بشكل جيد.

للغضاريف ثلاثة أنواع هي:

الغضروف الزجاجي (Hyaline cartilage)

الغضروف المرن (Elastic cartilage)

الغضروف الليفي (Fibrous cartilage)

تتواجد الغضاريف في عدة مناطق من جسم الإنسان، منها الأنف والحنجرة، وفي الأقراص الموجودة بين فقرات العمود الفقري، وتغطي السطوح المفصلية لكثير من المفاصل.

العضلات

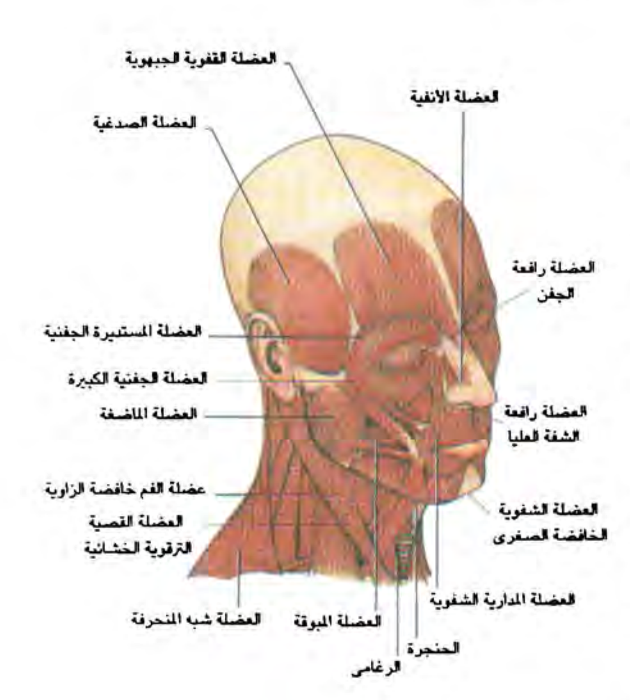
ـ تتكون العضلات من الألياف وتتكون الألياف من الخلايا العضلية. ففي عضلة متوسطة الحجم، على سبيل المثال، يوجد حوالي عشرة ملايين ليف عضلي.

تقسم العضلات (عدا عضلة القلب) إلى نوعين:

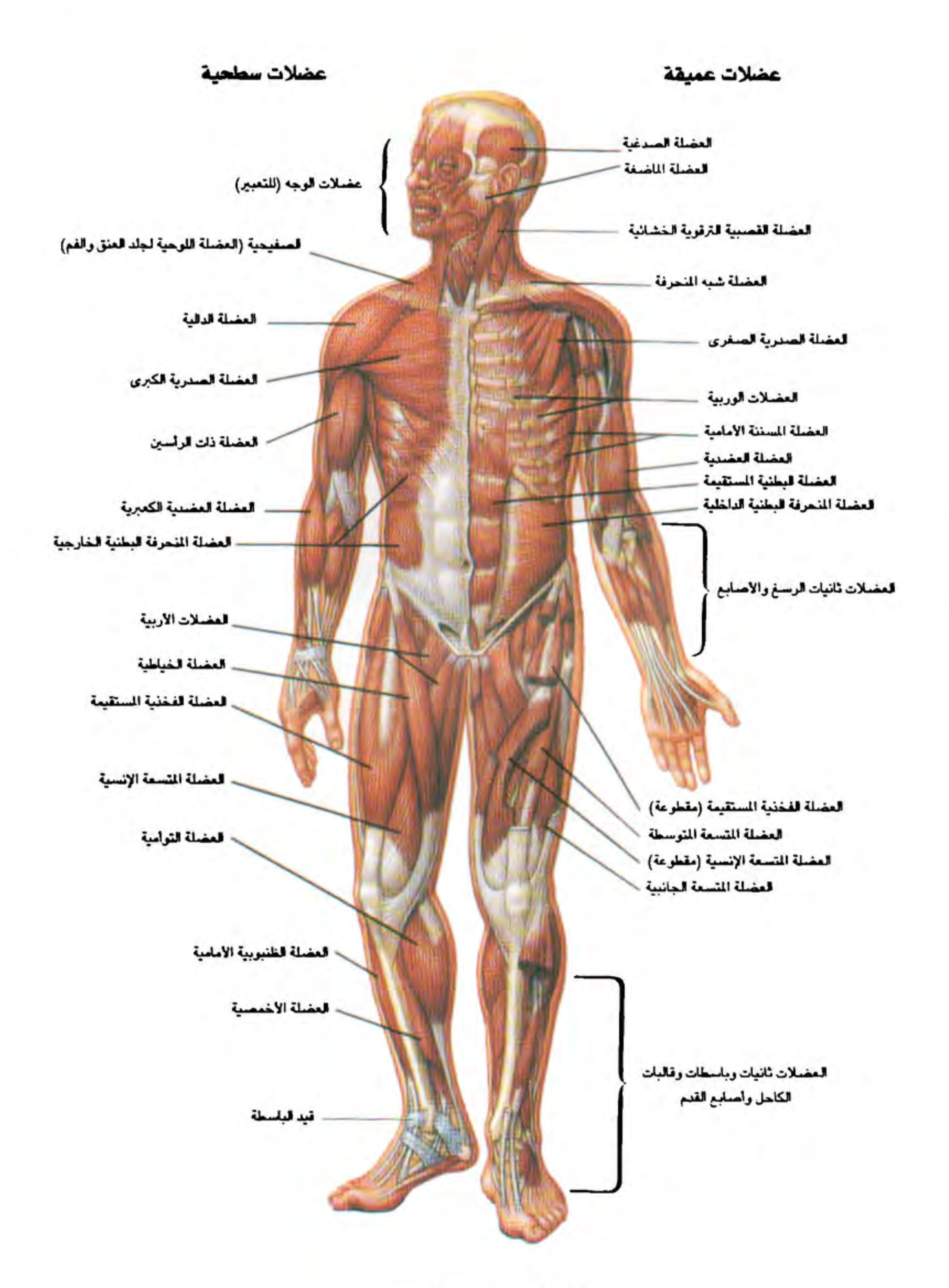
1 ـ **العضلات المخططة**: وهي التي يتحكم بها الإنسان وبحركتها حسب رغبته، ولذلك سميت العضلات الإرادية، مثل عضلات الأطراف. وهي تشكل حوالي 40 ـ 43% من وزن جسم الإنسان. ويبلغ عددها حوالي (500 عضلة).

تتألف العضلة المخططة من حزم من الألياف العضلية الممتدة طولاً وعرضاً، يحيط بكل حزمة ليفية غشاء يسمى اللفافة، ويحيط بكامل العضلة غشاء يسمى الغمد. تتصل هذه العضلات من طرفيها بالعظام، وأحياناً قد تنتهي العضلة بحزمة ألياف متينة تسمى وتر العضلة.

2 ـ **العضلات الملساء**: وهذه لا يسيطر عليها الإنسان، بل هي تعمل دون إرادته لذلك سميت العضلات اللاإرادية، نذكر مثالاً لها: عضلات الأمعاء، وجهاز التناسل وجهاز التنفس وغيرها.



عضلات الرأس والرقبة



العضلات من الأمام

عضلات عميقة

عضلات سطحية

العضلة الراسية المخططة
العضلة رافعة الكتف
العضلات المعينية
العضلة فوق الناتئ الشوكي
لوح الكتف
العضلة أسفل الناتئ الشوكي
العضلة المدملجة (المدورة) الصغرى
العضلة المدملجة (المدورة) الكبرى
العضلة المسننة الخلفية السفلى
العضلة المرفقية
العضلة الشوكية الناصبة
العضلة الألبوية الكبرى (مقطوعة)
العضلة الألبوية الوسطى
العضلة المتسعة الجانبية
العضلة المقربة الكبرى
العضلة نصف غشائية
العضلة الأخمصية قابضة القدم (مقطوعة)
العضلة المابضية
العضلة الظنبوبية الخلفية
العضلة الشظيية الطويلة
عضلات الساق الغائرة

العضلة شبه المنحرفة
العضلة الدالية
العضلة مثلثة الرؤوس
العضلة العضدية الكعبرية
العضلات باسطات الرسغ والأصابع
العضلة الظهرية العريضة
العضلة الألبوية الكبرى
العضلة الفخذية ذات الرأسين
العضلة نصف وترية
العضلة نصف غشائية
العضلة التوأمية
العضلة الأخمصية
وتر أخيليس (آشيل)
(الوتر العقبي)

العضلات من الخلف

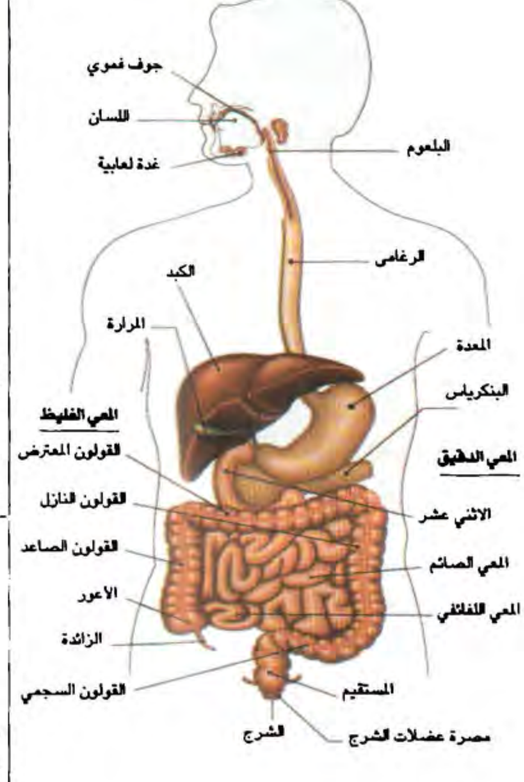
جهاز الهضم



مقطع في المعدة

للمعدة شكل يشبه شكل قربة الماء، وهي ذات جدار عضلي متين ومرن، يتألف من ثلاث طبقات ذات اتجاهات مختلفة مما يؤمن تقلص المعدة بشكل موجات متعاقبة تعمل على مزج الطعام.

يبطن المعدة غشاء مخاطي يحوي غدداً تفرز عدة إنزيمات وعصارات هاضمة مثل البيبسين والليباز وحمض كلور الماء، وهناك غدد تفرز المخاط.

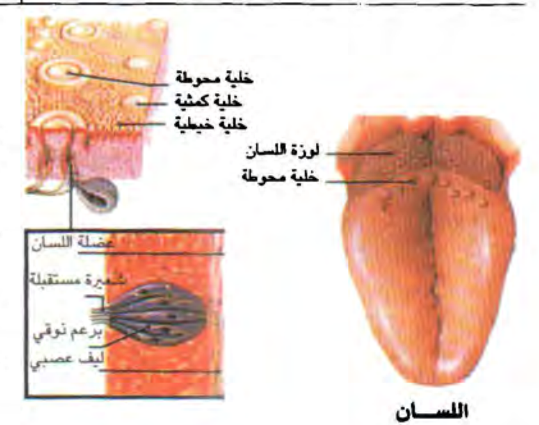


جهاز الهضم



إن امتداد الزغابات المعوية داخل المعي الدقيق بهذا الشكل يزيد من مساحته ومن قدرته على الامتصاص.

سطح المعي الدقيق من الداخل



اللســـان

يتكون اللسان من 17 عضلة، وهو يشارك في وظائف الكلام والذوق والبلع. ويحوي أربعة أنواع من براعم الذوق:

- براعم الإحساس بالمذاق الحلو، وتتوضع على الطرف الأمامي للسان.
- براعم الإحساس بالمذاق المالح، وتتوضع على طرف مقدمة اللسان.
- براعم الإحساس بالمذاق المر، وتتوضع على سطح الناحية الخلفية للسان.
- براعم الإحساس بالمذاق الحامض، وتتوضع على جانبي الناحية الخلفية للسان.

الجهاز العصبي (الجملة العصبية)

يشرف الجهاز العصبي على جميع أعضاء وعمليات الجسم، فيسيطر عليها بشكل إرادي (كالحركات المقصودة) أو بشكل لاإرادي (كعمليات جهاز الهضم).

يتألف الجهاز العصبي من جزأين:

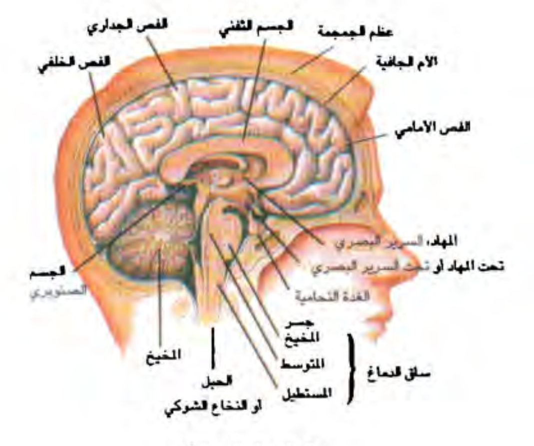
1 ـ الجهاز العصبي المركزي: ويتألف من (أ) الدماغ ـ (ب) الحبل أو النخاع الشوكي.

2 ـ الجهاز العصبي المحيطي: ويتألف من (أ) الأعصاب المخية أوالقحفية وعقدها ـ (ب) الأعصاب الشوكية وعقدها.

3 ـ الجهاز العصبي المستقل: ويتألف من (أ) الجهاز العصبي الودي ـ (ب) الجهاز العصبي نظير الودي.

قشرة الدماغ
جسم المخيخ
المخيخ
النخاع المستطيل
الحبل أو النخاع الشوكي
العصب الوجهي
الضفيرة العضدية
الأعصاب الصدرية
الضفيرة العجزية
ذيل الفرس
العصب الزندي
العصب الكعبري
العصب الأوسط
الأعصاب الأصبعية
العصب الجلدي الجانبي
العصب الوركي
العصب الشظيي العام
العصب الظنبوبي
العصب الشظيي السطحي والغائر

الجهاز العصبي



مقطع في الدماغ

يتوضع الدماغ داخل الجمجمة، وهو يتألف من حوالي تريليون خلية (واحد أمامها 12 صفراً) لا تتموت ولا تتجدد بل تعيش مع الإنسان.

تتكون قشرة الدماغ من 6 طبقات خلوية وتحوي ثلاث مناطق متميزة.

1) منطقة حركية لتنظيم حركات الإنسان.

2) منطقة حسية تتعامل مع إحساسات الإنسان.

3) منطقة منظمة تحوي مراكز الذكاء والعواطف والكلام.

يحيط بالدماغ ثلاثة أغشية هي: 1) الأم الحنون، 2) الطبقة العنكبوتية 3) الأم الجافية.

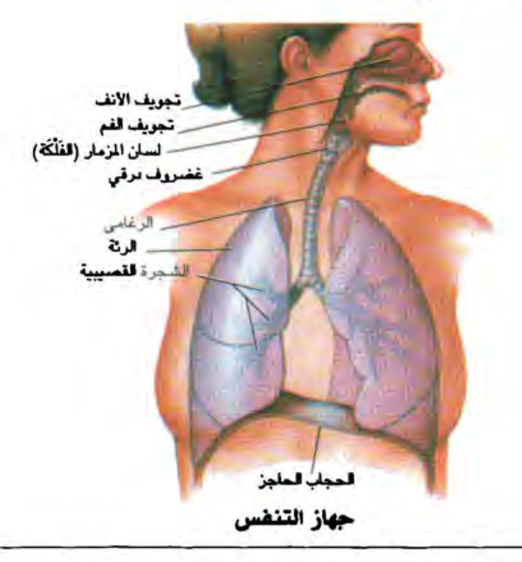
يستهلك الدماغ كميات كبيرة من الغلوكوز والأكسجين ليقوم بوظائفه. وإذا انقطع الدم عنه لمدة عشر ثوان يحدث الإغماء، أما إن انقطع لمدة 4 دقائق يبدأ التموت في خلاياه.

جهاز التنفس

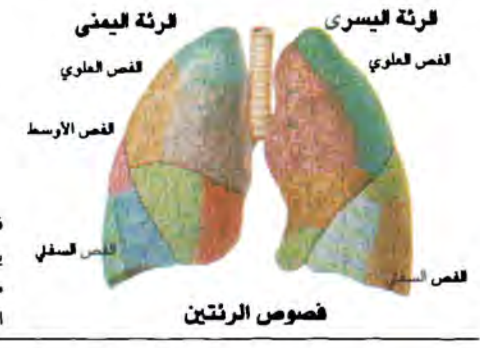
يدخل الهواء إلى الرئتين عبر الأنف، (والفم أحياناً) فيقوم هذا الأنف بترطيبه وتعديل حرارته وتخليصه مما علق به من غبار وجراثيم، ويتابع سيره عبر الحنجرة والبلعوم والقصبة الهوائية (الرغامى) حتى يصل إلى الرئتين.

وللرئتين وظائف أخرى غير التنفس، فهي مثلاً تساهم في تنظيم التوازن الحراري للجسم.

والرئة عبارة عن نسيج إسفنجي مرن قابل للتمدد بشكل كبير، فهي قادرة على التمدد (عند الإنسان البالغ) لدرجة كبيرة جداً، لكنها بالأحوال العادية لا تتمدد إلا بمقدار ($\frac{1}{10}$) عشر ما يمكنها أن تستوعبه من الهواء.

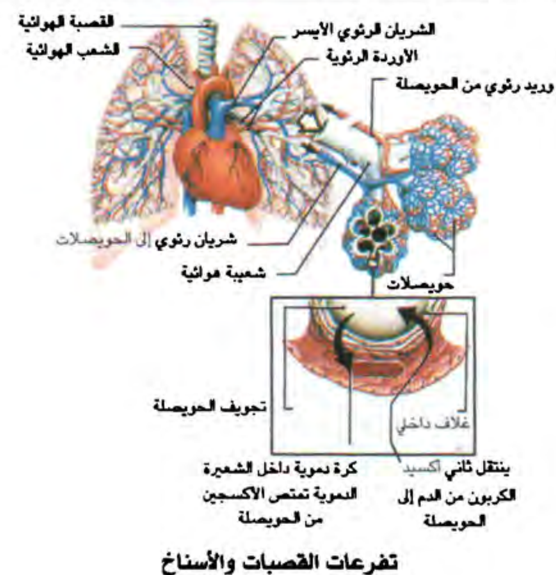


جهاز التنفس



فصوص الرئتين

يوجد في جسم الإنسان رئتان، واحدة يمنى وتتألف من ثلاثة فصوص، وتزن، عند الإنسان البالغ، حوالي (475 غراماً) وواحدة يسرى وتتألف من فصين وتزن حوالي (375 غراماً). يحيط بكل رئة غشاء مزدوج التركيب يسمى غشاء الجنب (البلورا) يفصل بين طبقتيه سائل يقلل الاحتكاك.



تفرعات القصبات والأسناخ

تنقسم القصبات الهوائية أصغر فأصغر حتى تصل إلى أحجام صغيرة جداً تسمى الأسناخ أو الحويصلات الرئوية، ويبلغ عددها حوالي (700 مليون) حويصلة، وفيها تتم عملية المبادلة بين غاز الأكسجين الموجود في هواء التنفس وثاني أكسيد الكربون الموجود في الدم، حيث يستبدل حوالي 5% من أكسجين هواء الشهيق الذي يبلغ أصلاً حوالي 21% من حجم الهواء المستنشق، وهكذا يحتوي هواء الزفير فقط حوالي 16% من الأكسجين.

جهاز الدوران

يتألف جهاز الدوران من الدم والقلب والأوعية الدموية.

الدم: يتألف الدم من خلايا دم حمراء وخلايا دم بيضاء وصفيحات وبلازما. (راجع الدم ص513).

الأوعية الدموية: تتألف من الشرايين والأوردة والأوعية الشعرية (راجع الأوعية الدموية ص 443).

القلب أهم عضلة في جسم الإنسان، ورغم أنها عضلة مخططة فهي عضلة لاإرادية. حجم القلب بحجم قبضة اليد تقريباً ويبلغ وزنه حوالي 250 ـ 350 غراماً. وهو عضو مجوف ينقسم إلى قسمين أيمن وأيسر، يفصل بينهما جدار عضلي متين. وكل قسم ينقسم إلى حجرتين علوية وسفلية، مما يجعل مجموع حجراته أربع حجرات، اثنتان في الأعلى وتسميان الأذينتان واثنتان في الأسفل وتسميان البطينان.

الأذينتان: هما الحجرتان العلويتان من القلب، واحدة يمنى وأخرى يسرى. وهي ذات جدران عضلية رقيقة نسبياً، وتتسع كل واحدة منهما لحوالي 100سم^3 من الدم. تستقبل الأذينة اليسرى الدم الوارد من الرئة وتضخه إلى البطين الأيسر، وتستقبل الأذينة اليمنى الدم الوارد من الجسم وتضخه إلى البطين الأيمن.

البطينان: هما الحجرتان السفليتان، من القلب. واحدة يمنى وواحدة يسرى، وهي ذات جدران عضلية سميكة وقوية نسبياً، وتتسع كل واحدة منهما حوالي 200سم^3. يستقبل البطين الأيمن الدم الوارد له من الأذينة اليمنى ويضخه إلى الرئة، ويستقبل البطين الأيسر الدم الوارد له من الأذينة اليسرى ويضخه إلى جميع أنحاء الجسم. ويحيط بالقلب غشاء عضلي مزدوج يسهل حركته.

ينبض قلب الإنسان البالغ العادي في حدود 70 ـ 80 نبضة كل دقيقة ويختلف هذا الرقم حسب عمر الإنسان وحالته الصحية والنفسية. يوجد في القلب أربعة صمامات وظيفتها تأمين ورود الدم بالاتجاه الصحيح وتمنع عودته بالاتجاه الخطأ.

مقطع في القلب

الصمام التاجي: يفصل بين الأذينة اليسرى والبطين الأيسر.

الصمام الثلاثي الشرف: يفصل بين الأذينة اليمنى والبطين الأيمن.

الصمام الرئوي: هو الذي يمنع عودة الدم من الجذع الرئوي إلى البطين الأيمن

الصمام الأبهر: هو الذي يمنع عودة الدم من الشريان الأبهر إلى البطين الأيسر. للقلب عقدة عصبية مستقلة تتوضع في أعلى الأذينة اليمنى، وهي المسؤولة عن تنظيم عمل القلب دون تدخل الدماغ بشكل مباشر، ولذلك نجد أن القلب يستمر في العمل (أحياناً) حتى إذا أصيب الدماغ بالتموت. (راجع الدورة الدموية الكبرى، والدورة الدموية الصغرى ص 490).

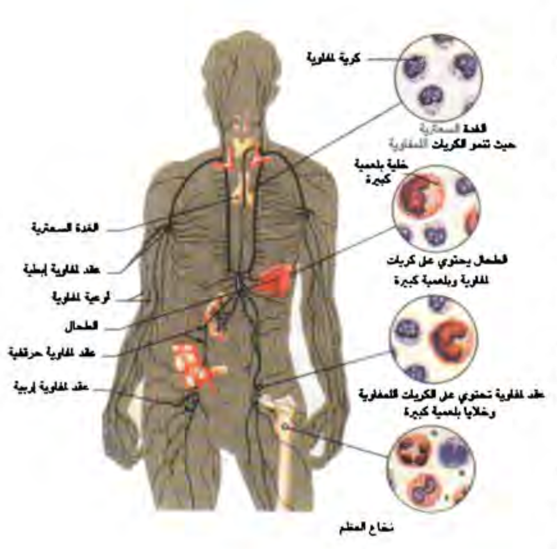
الجهاز اللمفاوي

يتألف الجهاز اللمفاوي من:

1) العقد اللمفاوية : وعددها حوالي 600 ـ 700 عقدة، ويتراوح حجم العقدة الواحدة ما بين حبة العدس وحبة البندق، وهي تتوزع في أنحاء الجسم بشكل مجموعات أهمها المجموعات التي تتوضع في الصدر، والبطن، وتحت الإبطين وفي المغبنين. وتعتبر الغدة الصعترية (الغدة التوتية) من أهم تلك الغدد لأنها تنتج نوعين من الخلايا اللمفاوية التائية هما: الخلايا السفاحة والخلايا المنجدة، وهاتان الخليتان تلعبان دوراً هاماً في توفير المناعة للجسم (وللمناسبة فإن فيروسات الإيدز تهاجم هذه الخلايا وتدمرها).

2) الأوعية اللمفاوية: وهي شبكة واسعة من العروق اللمفاوية الدقيقة، تجمع مفرزات العقد اللمفاوية وتتجمع كلها في قناتين كبيرتين، واحدة يمنى تصب في الوريد تحت الترقوي الأيمن عند التقائه بالوريد الوداجي الإنسي الأيمن، وواحدة يسرى تصب في نفس الموقع في الجهة اليسرى.

3) اللمف: بحد ذاته، وهو سائل تنتجه العقد اللمفاوية ويصب في الدم، ويحوي على خلايا دم بيضاء لمفاوية، ويعمل كوسيط لنقل الأكسجين والمواد الغذائية من الدم إلى خلايا الجسم ونقل الفضلات من الخلايا إلى الدم، كما تلعب الخلايا اللمفاوية دوراً هاماً في الدفاع عن الجسم وفي المناعة بشكل عام.

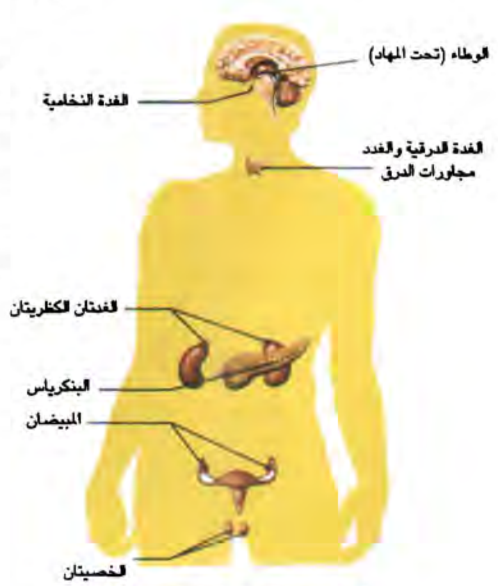


الغدد الصماء

تقوم الغدد الصماء في الجسم بإفراز مواد هامة جداً تسمى الهرمونات، وقد سميت بالصماء لأنها تفرز هرموناتها مباشرة في الدم، وهي:

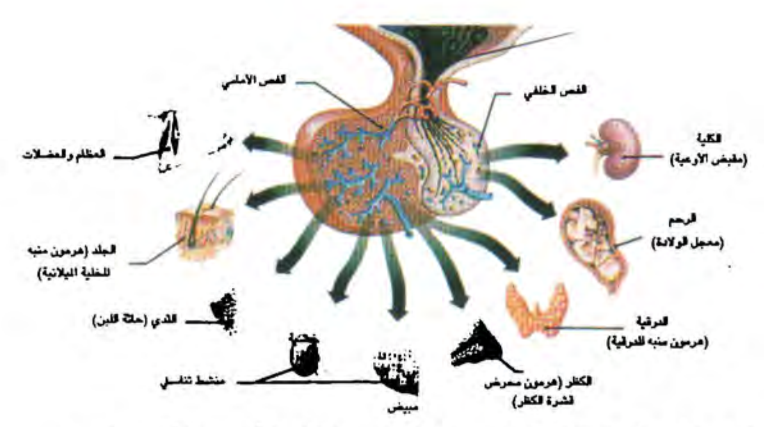
1) الغدة النخامية.
2) الغدة الدرقية.
3) الغدد مجاورات الدرق.
4) الغدة السعترية.
5) الغدتان الكظريتان.
6) البنكرياس (المعثكلة).
7) المبيضان والخصيتان (الغدد التناسلية).

* وبالمناسبة نضرب كمثال على الغدد غير الصماء: الكبد ـ الغدة النكفية.



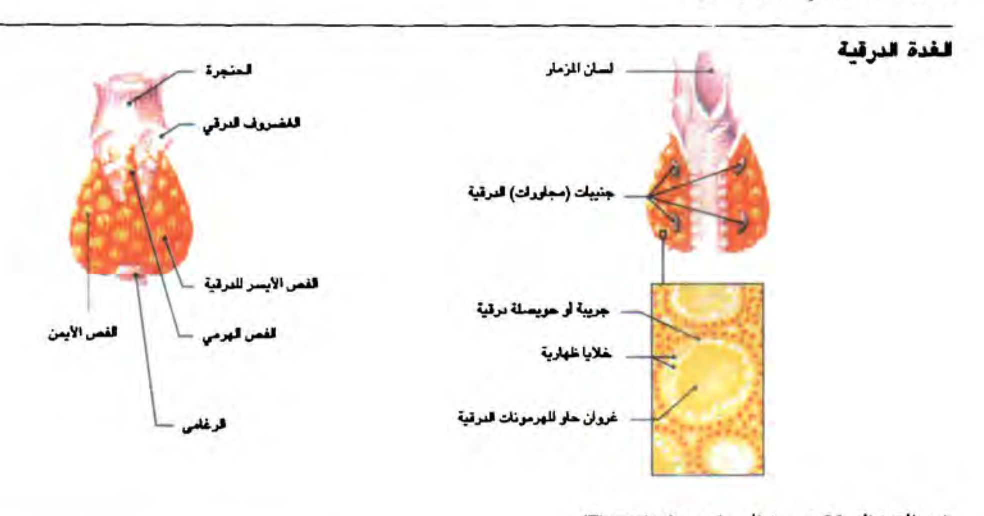
موقع الغدد الصم في الجسم

الغدة النخامية



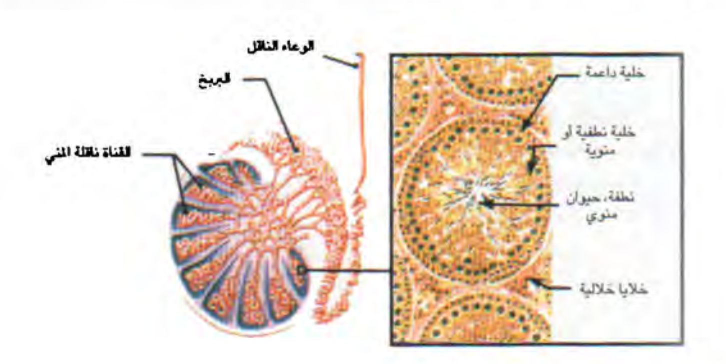
تزن الغدة النخامية حوالي نصف غرام، وتقع في قاعدة الدماغ، وهي تؤثر على عمل الغدد الأخرى. وتتألف من فصين:
يفرز الفص الأمامي ستة هرمونات.
ويفرز الفص الخلفي هرمونين اثنين.

الغدة الدرقية



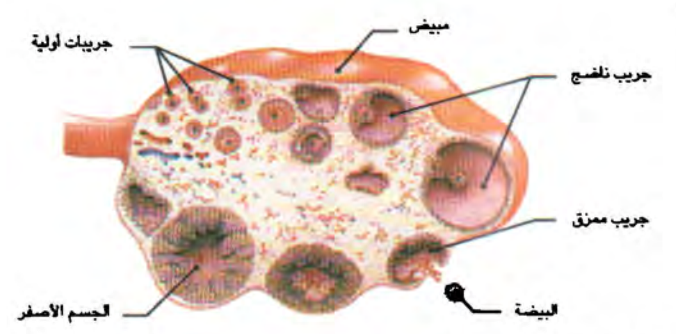
تفرز الغدة الدرقية هرمون التيروكسين (Thyroxine).

مقطع في الخصية



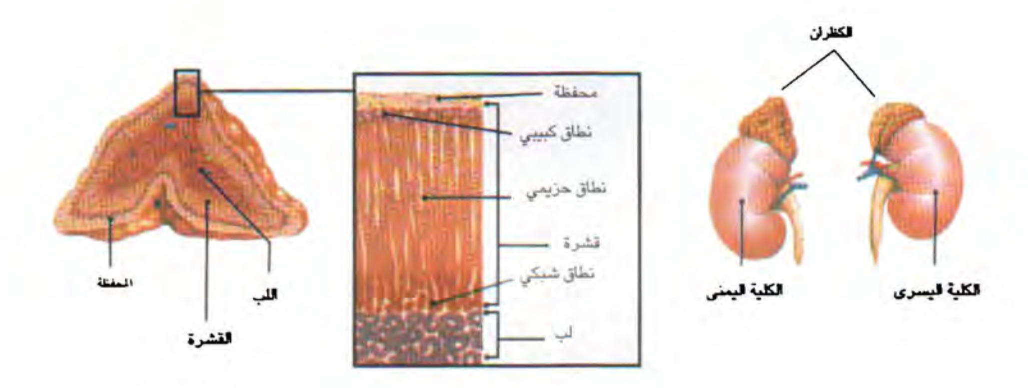
تفرز الخصيتان الهرمون الذكري التستوستيرون (Testosterone).

مقطع في المبيض



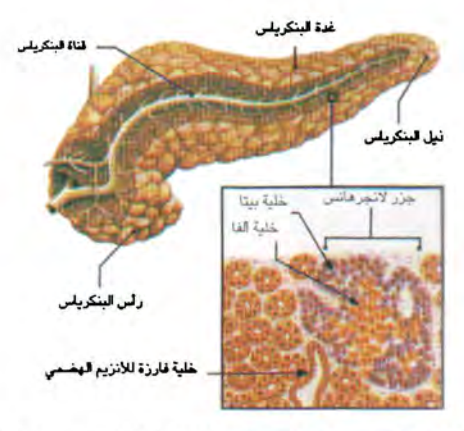
يفرز المبيض الهرمون الأنثوي الاستروجين (Estrogen) .

غدتا الكظر (الكظران)



تزن غدة الكظر حوالي 4 غرامات ويوجد منها اثنتان في الجسم، واحدة فوق كل كلية، وتتكون من قشرة ولب. تفرز القشرة هرمون الستيروئيد (Steroid)، أما اللب فيفرز هرموني الأدرينالين (Adrinaline) والنورأدرينالين (Noradrinaline).

غدة البنكرياس:



تفرز غدة البنكرياس هرمون الأنسولين (Insulin)، من جزر لانجرهانس (Langerhans) الذي يحرق السكر في الجسم، كما تفرز هرمون الجلوكاجون (Glucagon) من خلايا ألفا (Alpha) الذي يحول الجلايكوجين إلى سكر .

جهاز البول والتناسل عند المرأة

الكليتان
الحالب
بوق أو أنبوب فالوب
المبيض
الرحم
المثانة
المهبل
الإحليل الأنثوي

يتألف جهاز التناسل الأنثوي من:

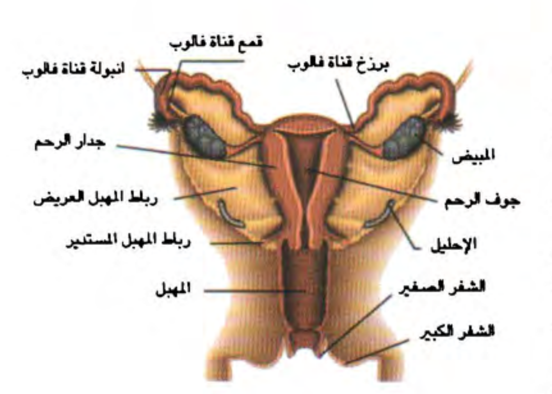
1 ـ المبيضين: وهما العضوان اللذان ينتجان البيض، ويتواجدان في تجويف البطن على جانبي العمود الفقري، حيث ينتجان بالتتابع بيضة واحدة كل 28 يوماً، مرة من المبيض الأيمن ومرة من المبيض الأيسر.

2 ـ قناة فالوب: وهي تنقل البيضة التي تتلقاها من المبيض بواسطة القمع، وتنقلها إلى الرحم.

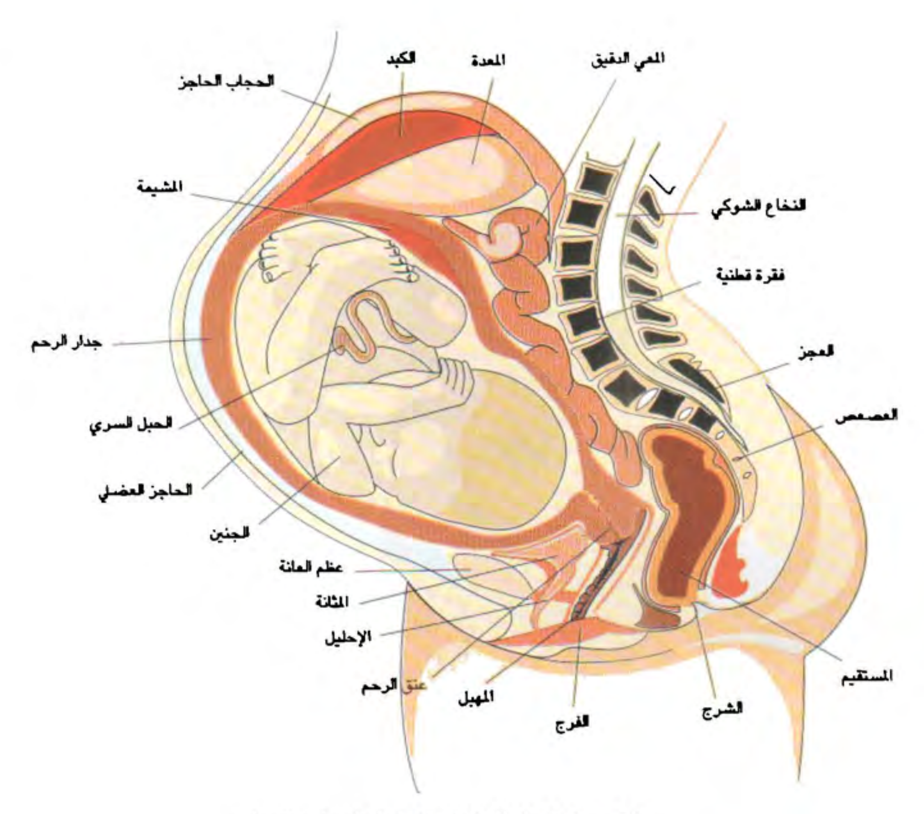
3 ـ الرحم: هو العضو الذي يستقبل البيضة، فإن لم تكن ملقحة فإنه يقذفها وينزف دماً هو دم الحيض، وإن كانت ملقحة يحتضنها وتبدأ تنمو داخله حتى تصبح جنيناً كاملاً، وعند نهايته من جهة المهبل له تركيبة خاصة تدعى عنق الرحم.

4 ـ المهبل: هو تجويف يصل بين الرحم وفتحة الفرج الخارجية.

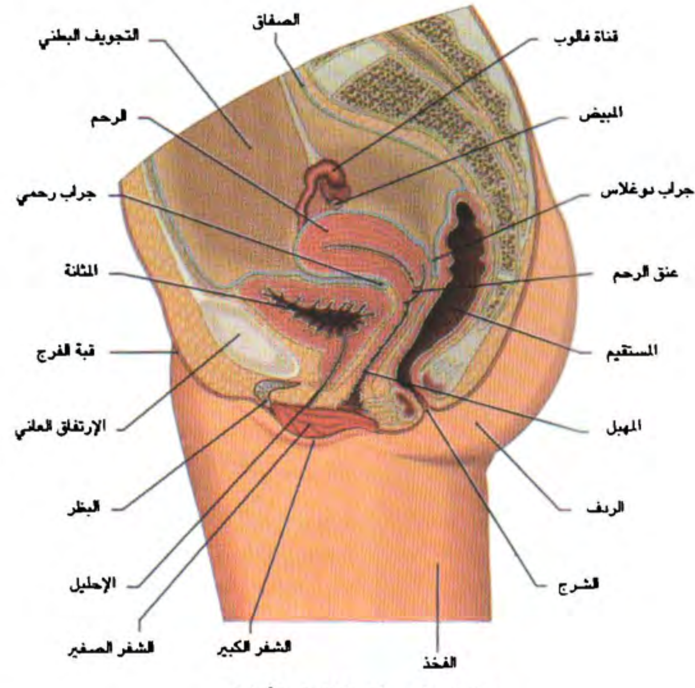
ملاحظة: بالنسبة لجهاز البول راجع الصفحة 240.



جهاز التناسل الأنثوي

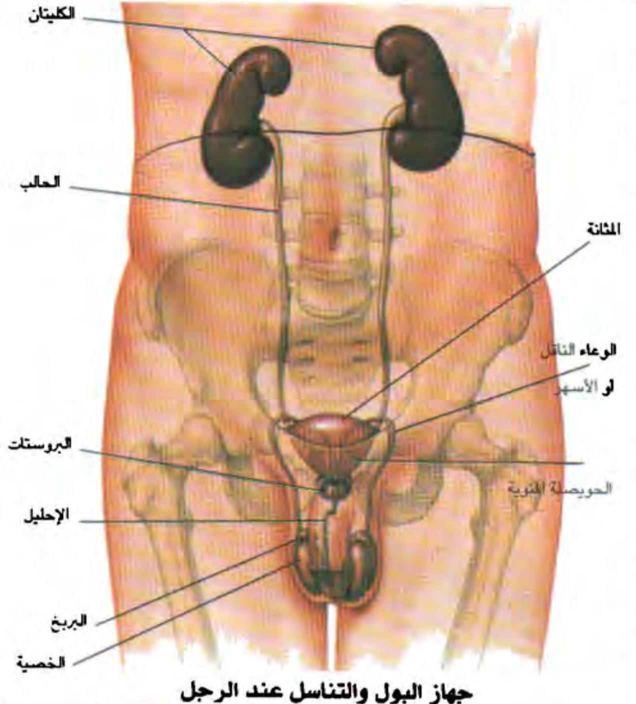


حالة حمل قبيل الولادة والجنين في وضع نموذجي



مقطع في جهاز التناسل الأنثوي

جهاز البول والتناسل عند الرجل



جهاز البول والتناسل عند الرجل

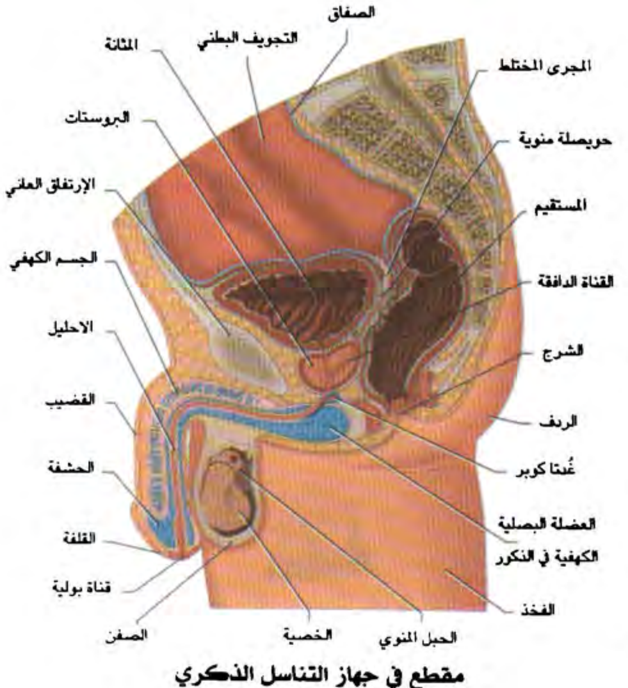
يتألف جهاز البول من:

1 ـ الكليتين: يوجد في جسم الإنسان كليتان تتوضعان في تجويف البطن تحت الحجاب الحاجز على جانبي العمود الفقري، واحدة يمنى وواحدة يسرى. يبلغ وزن الكلية حوالي 150 غراماً وطولها حوالي 10سم وعرضها حوالي 5سم. وتحوي الكليتان حوالي مليونين ونصف مليون وحدة ترشيح (نفرون)، وتفرزان حوالي [1,5] لتر من البول يومياً.

2 ـ الحالبين: الحالب أنبوب طوله حوالي 25 سم يصل بين سرة الكلية والمثانة، وهو يسمح بمرور البول باتجاه واحد، باتجاه المثانة دائماً.

3 ـ المثانة: عبارة عن كيس غشائي عضلي مرن قابل للتمدد لدرجة كبيرة، وهي المكان الذي يتجمع فيه البول قبل أن يطرح خارجاً.

4 ـ الإحليل: عبارة عن أنبوب يصل المثانة مع الوسط الخارجي. والإحليل عند الرجل يشترك مع القناة القاذفة للمني وطوله حوالي 15 ـ 20سم (الإحليل عند المرأة مستقل ولا يتصل مع أي أعضاء أخرى وطوله حوالي 3 ـ 6سم).



مقطع في جهاز التناسل الذكري

يتألف جهاز التناسل الذكري من:

1 ـ الخصيتين: هما غدتان تقعان داخل كيس جلدي مرن يسمى الصفن. تتكون كل خصية من حوالي 400 فص. وتقوم الخصيتان بإنتاج النطاف، بأعداد هائلة، وبإفراز هرمونات جنسية.

2 ـ البربخ: هو غدة مجاورة للخصية من الخلف والأعلى، وفيها تقيم الحيوانات المنوية حتى تنضج.

3 ـ الوعاء الناقل: قناة تنقل النطاف إلى القناة البولية التناسلية.

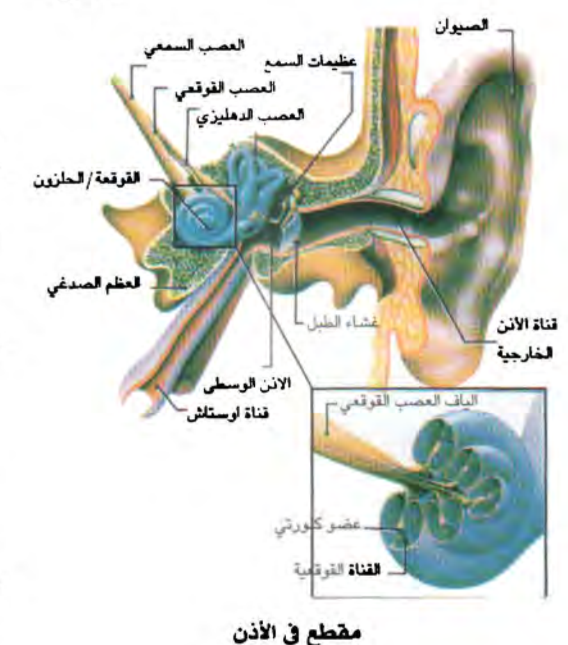
4 ـ القناة البولية التناسلية: وهي الإحليل الذي يمر عبر قضيب الرجل.

5 ـ الحويصل المنوي: حيث يتجمع السائل المنوي.

6 ـ غدة البروستات: وهي تفرز السائل المنوي الذي تسبح فيه الحيوانات المنوية.

7 ـ غدتي كوبر: مفرزاتهم تساعد على نقل وتغذية المنويات.

الأذن



مقطع في الأذن

الأذن هي عضو السمع، ولها دور مهم في توازن الجسم، وتستطيع أن تلتقط الأصوات التي يتراوح تواترها بين 30 ـ 30,000 هزة في الثانية.

تتألف الأذن من:

1 ـ **الأذن الخارجية**: ومهمتها تجميع الأصوات وإيصالها إلى غشاء الطبل حيث يقوم هذا الغشاء بتضخيمها عشرين مرة.

2 ـ **الأذن الوسطى**: وتتكون من ثلاث عظام هي المطرقة والسندان وعظم الركاب. وهذه العظام هي أصغر عظام الجسم، مهمتها نقل الصوت مضخماً إلى النافذة البيضية، فيهتز عضو كورتي (عضو السمع) الذي تشكل خلاياه العصب السمعي، وهذا بدوره ينقل سيالة عصبية إلى مركز السمع في الدماغ.

3 ـ **الأذن الداخلية**: وهي تساهم، مع الدماغ، في الحفاظ على توازن جسم الإنسان.

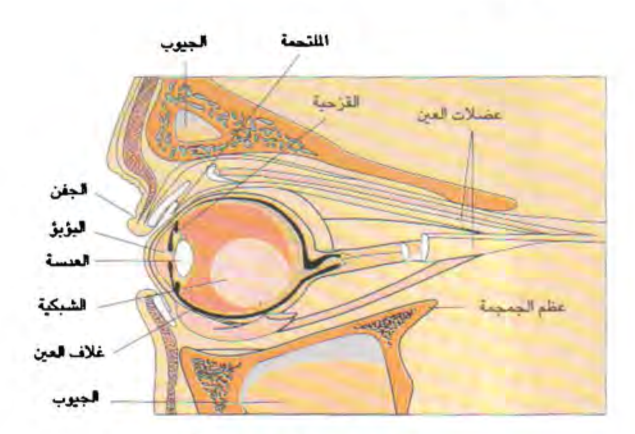
العين



منظر الشبكية بمنظار العين

تبدو الشبكية كقرص محمر وفيه بقعة صغيرة صفراء اللون ويظهر فيه عدد كبير من الشرايين الدموية.

أما أعصاب العصب البصري فهي لا ترى، لكنها تتواجد هنا بتفرعات كبيرة جداً، ثم تتلاقى مع بعضها وتخرج من العين باتجاه الدماغ.



مقطع في العين ومجاوراتها

يبلغ قطر المقلة (كامل العين) حوالي 2,5سم، وهي تسكن في تجويف المقلة في عظام الجمجمة. ويوجد عضلات خاصة بحركات العين تربطها مع العظام المجاورة ضمن التجويف. تتم الرؤية عندما يدخل الضوء عبر القرنية فالعدسة فالسائل الزجاجي حتى يصل إلى الشبكية حيث يرتسم الشكل عليها مقلوباً، ومنها تتشكل سيالة عصبية ينقلها العصب البصري إلى الفص القفوي في المخ حيث يتم معالجة الصورة وتعديلها بالشكل الذي نراه.

- 2 -
المظاهر المرئية للأمراض

تساعد الصور الموجودة في هذا الباب في التعرف على الأمراض من أعراضها الظاهرة للعين، وبما أن كثيراً من المظاهر المرئية للأمراض تبدو متشابهة، لذلك تجب الاستعانة بمخططات التشخيص الذاتي (الباب الثاني) والأبحاث التي تدرس الأمراض (الباب الرابع) بالإضافة إلى صورة المرض الموجودة هنا حتى يمكن وضع تشخيص صحيح. وما أوردناه هنا من صور ليس إلا مجرد أمثلة محدودة اخترناها عن الأمراض الأكثر شيوعاً، وفي كل الأحوال فإن الطبيب وحده يستطيع دائماً أن يضع التشخيص الصحيح.

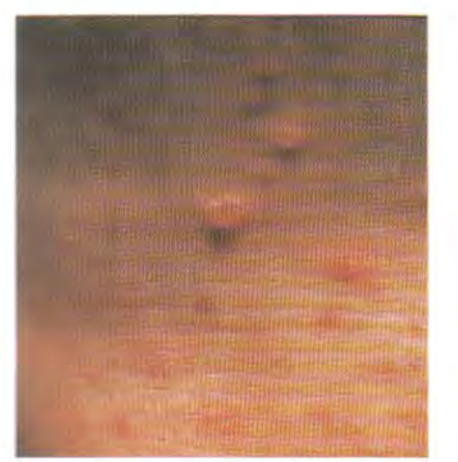
أمراض خمجية تصيب الأطفال:

هي مجموعة أمراض معدية تصيب الأطفال عادة، أهمها الحصبة والحصبة الألمانية والحُماق. وكل واحد منها يُحدث طفحاً جلدياً مميزاً، ورغم أنها ليست خطيرة فهي مزعجة جداً للطفل.

1) **الحصبة**: طفح الحصبة عبارة عن نقط حمراء تتصل ببعضها مشكّلة بقعاً ذات حجم أكبر. يبدأ الطفح بالظهور على الوجه وخلف الأذنين ثم يمتد ليشمل الجذع والأطراف بالتدريج. (راجع الموضوع ص929).



2) **الحصبة الألمانية (الحميراء)**: طفح الحصبة الألمانية عبارة عن نقط صغيرة لونها أحمر فاتح، تنتشر فوق الجذع وتدوم عدة أيام (غالباً) (راجع الموضوع ص 930).



3) **الحُماق** (جدري الماء): إن الفيروس، الذي يسبب الحُماق هو نفس الفيروس الذي يسبب داء المنطقة. يظهر طفح الحُماق بصورة رئيسية على الوجه والجذع، ويمر بثلاث مراحل.

في المرحلة الأولى يكون عبارة عن نقط حمراء صغيرة.

وفي المرحلة الثانية تتضخم هذه النقط وتمتلئ بسائل وتصبح حاكة.

أما في المرحلة الثالثة فإن السائل يجف وتتقشر البشرة وتبقى حاكة. (راجع البحث ص 931).

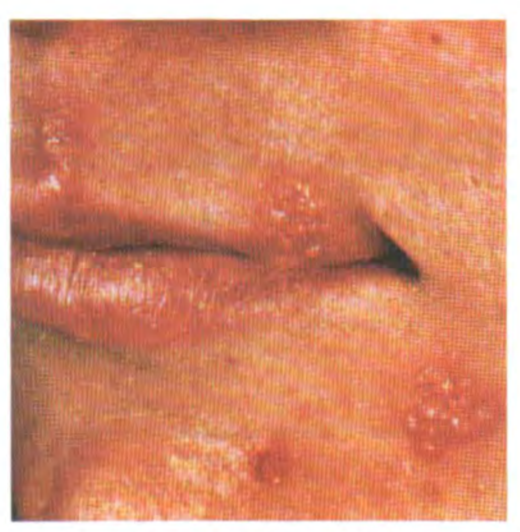
أخماج جلدية ناجمة عن الڤيروسات:

الڤيروسات (Viruses): هي أصغر الكائنات الحية على الإطلاق، وهي تعيش داخل الخلايا حصراً، وتنتقل بواسطة عضة الحيوانات (كڤيروس الكَلَب) أو لسعة الحشرات (كڤيروس الحمىٰ الصفراء) أو عن طريق جهاز الهضم (كڤيروس التهاب الكبد وشلل الأطفال)، ولكنها غالباً تنتقل عن طريق جهاز التنفس (كڤيروس الأنفلونزا والنكاف).





4) الحلأ النطاقي (داء المنطقة): يحدث المرض نتيجة خمج بڤيروس داء المنطقة حيث يشعر المصاب بألم حارق في المنطقة المصابة ثم يظهر الطفح على مسار عصب واحد من الأعصاب الحسية، وهي حالة قد تصيب أي جزء من الجسم. (راجع البحث ص 738).





5) الحلأ البسيط: في مرحلته الأولى نفطات حاكة يحيط بها جلد أحمر، وفي مرحلته الثانية بثرات تكسوها قشور (راجع ص 563).

أخماج جلدية ناجمة عن الجراثيم:

الجراثيم أحياء تتكون من خلية واحدة، وهي تنمو وتتكاثر بالانقسام البسيط، وتحتاج إلى ظروف خاصة لتعيش وتتكاثر، وهي ربما تعيش على جسم الإنسان بشكل دائم أو مؤقت، ومنها ما يسبب الأمراض للإنسان ومنها ما هو مفيد له ومنها الانتهازي الذي يصبح ممرضاً عندما تتهيأ له الظروف المناسبة.



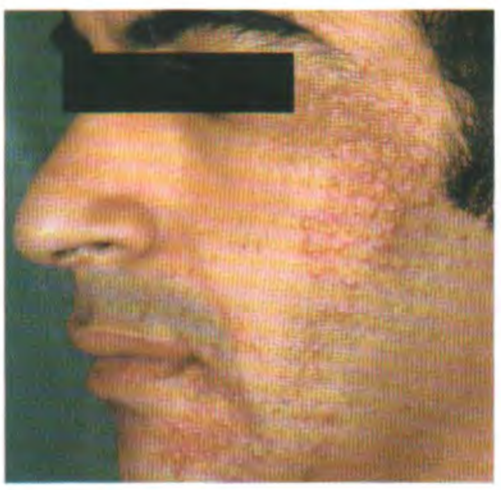
6) القوباء: آفة معدية تظهر غالباً حول الأنف والفم، وتبدأ بنفطات صغيرة رطبة وحاكة ثم تكسوها قشور سمراء وتنتشر إلى المناطق المجاورة (راجع البحث ص 268).



7) الحمرة: يمتاز هذا الالتهاب الجرثومي، الذي يميل للظهور غالباً في ناحية الساق، بسطح أحمر واسع ومتصل يُدعى الفرفرية. ينجم هذا الخمج عن جراثيم تدعى العقديات.



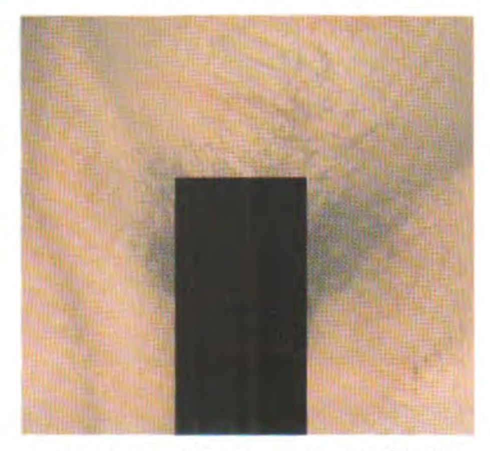
8) الجمرة الخبيثة: مرض العاملين في تربية الماشية ومعالجة منتجاتها. تمتاز الجمرة بوجود دمل تكسوه قشرة سوداء وتحيط به باحة مرتفعة محمرة ومتوذمة ومؤلمة.
أُخذت هذه الصورة بعد 15 يوماً من بدء الإصابة.



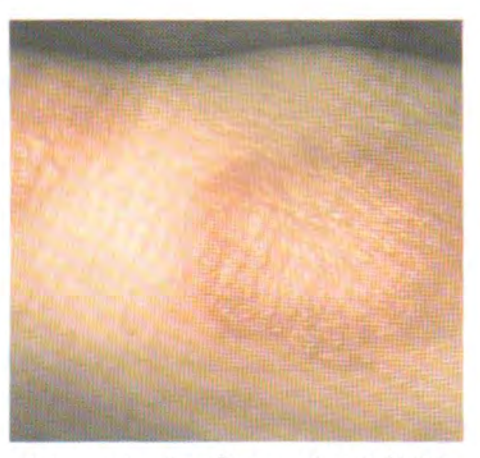
9) الذأب الشائع: شكل من أشكال السل الجلدي. تمتاز الآفة بوجود تجمعات لحطاطات حمراء مرتفعة عن سطح الجلد غير حاكة وغير مؤلمة.

أخماج جلدية ناجمة عن الفطور:

الفطور الممرضة للإنسان لها أشكال وأنواع وأحجام مختلفة، وكلها تتكاثر لاجنسياً (بواسطة الأبواغ) منها ما يصيب الأجزاء الخارجية من الجسم مثل الجلد والشعر والأظافر ويسبب السُعفات، ومنها ما يصيب الأجزاء الداخلية منه مثل الفم والمهبل والأمعاء (كفطر المبيضات البيض). (راجع البحث ص 799).



10) السُعفة في الجسم: تبدو الإصابة بشكل حلقات واضحة.



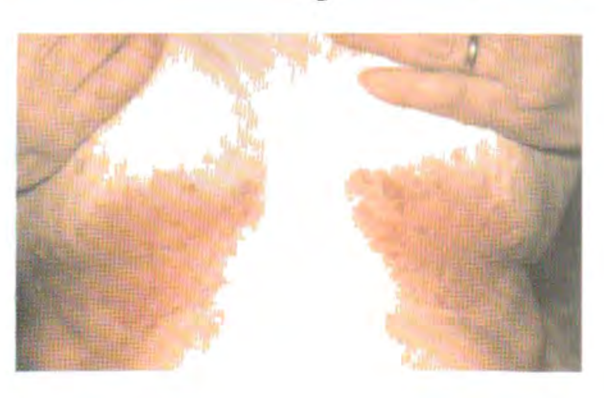
11) السُعفة في اليد: تبدو الآفة بشكل حلقة محمرة ذات حدود واضحة، قد شفيت في المركز.



12) السُعفة في الرأس: تصيب الأولاد غالباً ويلاحظ تقصف الشعر وتساقطه من مكان الإصابة مع وجود قشور.



13) السُعفة في القدم: يشاهد تقشر بين أصابع القدم دون وجود علامات التهاب.



14) التهاب الجلد بالمبيضات البيض: تشيع هذه الحالة لدى السيدات (المسنات خاصة) نتيجة لتهدل الثديين وعدم العناية بالمنطقة. تأخذ هذه الآفة شكل بثور متفرقة على سطح حُمامي (محمر) متوذم.

أخماج جلدية ناجمة عن الطفيليات:

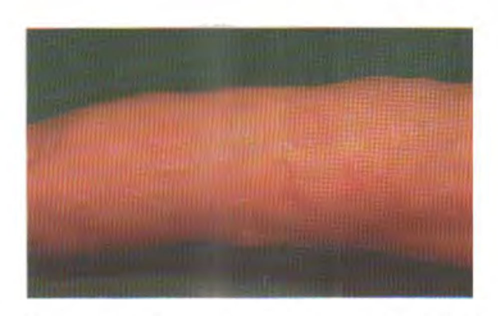
هناك أحياء صغيرة جداً تعيش على جلد الإنسان محدثة فيه علامات مميزة لها. نورد هنا بعض تلك العلامات مع صور لبعض تلك الطفيليات، علماً أن جسم الإنسان لا يملك دفاعات طبيعية ضد هذه الطفيليات.



15) الليشمانيا الجلدية: تبدو هذه الآفة بشكل ورم حبيبي وحيد متبارز فوق سطح الجلد.



17) الصئبان: (بيوض القُمّل) تلتصق على الشعر بثبات.



18) الجَرَبْ: توضح هذه الصورة منظر الجرب على جلد الإنسان حيث تسكن هامة الجرب في نهاية النفق.



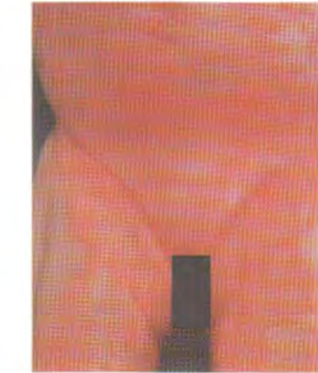
16) داء الخيطيات: يؤدي هذه الداء إلى انسداد الأوعية اللمفاوية وتليف العقد اللمفاوية، فتحدث وذمة لمفاوية شديدة في الساق، كما هو واضح.

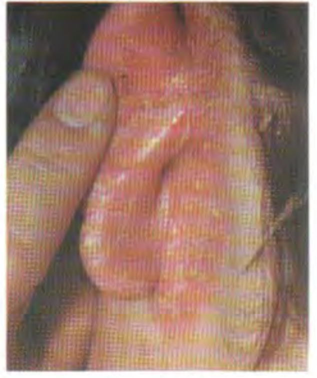


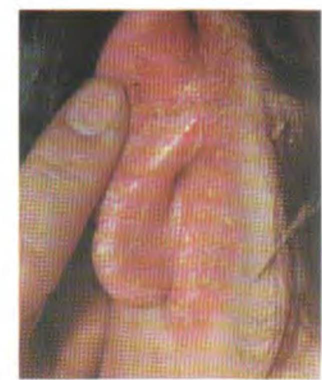
19) عضة الحشرات: بعض الحشرات يعض الإنسان تاركاً آثاراً واضحة على جسمه، مثل البراغيث والبق والقُمّل، وتختلف ردة فعل جسم الإنسان تجاه ذلك من شخص إلى آخر (راجع الاحتشارات ص 745).

التهابات جلدية لا نوعية:

يعاني كثير من الناس من التهابات جلدية لا نوعية، مثل الأكزيما (وهي ذات مظاهر وأنواع عديدة) والصُداف وغيرها. وهي بشكل عام عبارة عن التهابات جلدية حاكة.







20) **الأكزيما الدهنية**: (راجع الأكزيما الدهنية ص 263 ـ 871).



أكزيما سببها استعمال كريم يحوي مادة أحدثت الأكزيما.



أكزيما سببها التماس مع الأعشاب.



غسلت هذه المرأة حاملة ثدييها (السوتيان) بمسحوق غسيل دون أن تنظفها جيداً.

21) **أكزيما بالتماس**: (راجع الأكزيما والتهاب الجلد ص 263).



حالة ناتجة عن تناول مادة تثير الأرجية عند المصاب.



حالة ناتجة عن حك الجلد.

22) **الأرَجية**: (الحساسية) يعاني كثير من الناس من أرجية بسيطة أو مفرطة تجاه بعض أنواع الأطعمة أو الأشربة أو الأدوية أو البرد أو الحر وغيرها، وهذه تأخذ أشكالاً مختلفة عند الإنسان، وأحياناً تكون خطيرة جداً وقد تؤدي إلى الموت. أوردنا هنا صور بعض الحالات، التي يطلق عليها اسم الشرى (راجع البحث ص 942).

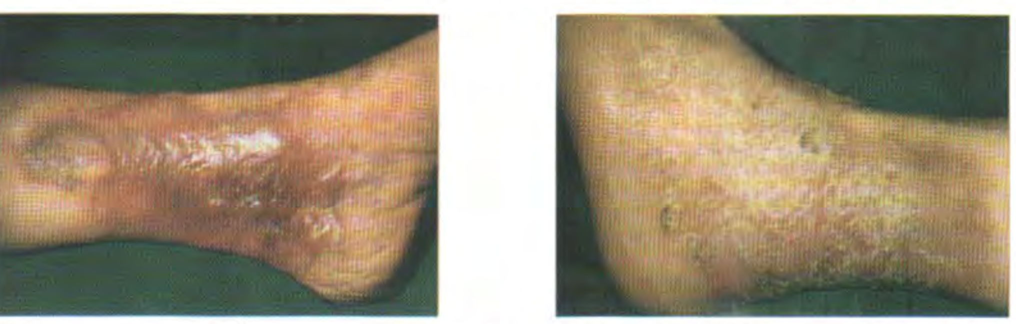
التهابات جلدية لا نوعية:





ضُداف على الكوعين   ضُداف على اللسان   ضُداف على الأذن.

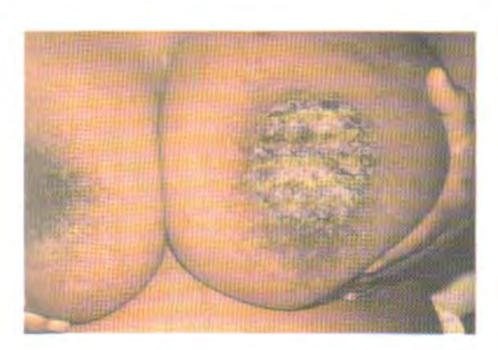
23) الصُّداف (الصدَف): يظهر الصُّداف على أي جزء من الجلد أو الغشاء المخاطي، ويتصف بوجود قشور بيضاء تغطي بقعاً ذات لون وردي غامق وتكون غير مؤلمة لكنها ربما تكون حاكة. (راجع البحث ص 265).



24) التهاب جلد ركودي: هذا الشكل الشائع من الأكزيما يترافق عادة مع دوالي الساقين. وغالباً ما تختلط هذه الحالة مع الخمج والتقرح.



25) التهاب جلد تقشري: تمتاز هذه الحالة ـ وتُدعى هنا التهاب الشفتين التقشري ـ بأنها شكل خاص من أشكال الأكزيما غير الشائعة، وقد تشتبه بغيرها من الآفات الجلدية مثل الآفات الفطرية.



شكل آخر من أشكال الأكزيما الخاصة والنادرة. من الضروري الانتباه لهذه الآفة لأنها تلتبس بآفة مشابهة تُدعى داء باجيت، وهذا عبارة عن سرطانة الحلمة (سرطانة داخل القناة اللبنية).

آفات جلدية مزمنة مجهولة السبب :

هناك أمراض جلدية عديدة، مزمنة أو مؤقتة، مجهولة السبب منها ما يدوم مدى الحياة. نورد فيما يلي صوراً للمظاهرالجلدية لبعضها :



26) الحزاز المسطح: تمتاز هذه الآفة بظهور حطاطات بنفسجية لمّاعة متعددة الأضلاع وحاكة وذات توزع متناظر. (راجع البحث ص 276).



27) اندفاع فرفري صباغي: تحدث هذه الحالة نتيجة تسرب كمية قليلة من الدم عبر الأوعية الدموية الشعرية الموجودة تحت الجلد.



28) الكلف: تسبب التغيرات الهرمونية عند بعض النساء إصابتهن ببقع غامقة على وجوههن. (راجع البحث ص 278).



29) الدُخنية: تمتاز بظهور حطاطات بيضاء صغيرة قاسية، لا سيما على الوجنتين وفي مواضع البثور الشافية.



30) تلون شاذ في جلد اليدين (البهق): هي عبارة عن حالة يفقد فيها الجلد لونه الطبيعي في منطقة غير محددة منه (ص 278).



31) داء الفقاع: قد يلتبس مظهر هذا الداء بالأكزيما المزمنة إلا أن الفحوص المخبرية تفرق بينهما.

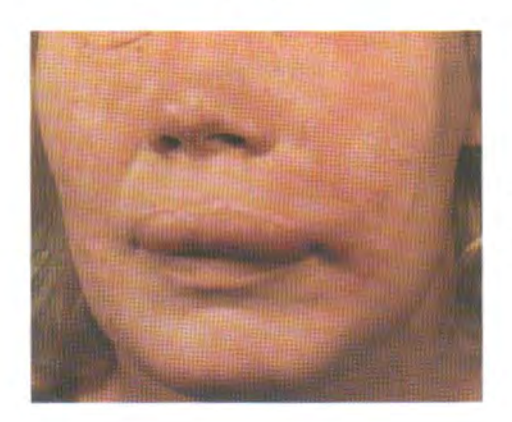
آفات جلدية مزمنة مجهولة السبب:



32) العُدُّ الشائع: حالة شائعة الحدوث في سن المراهقة، تظهر على الوجه غالباً وخاصة حول الفم، لكنها تظهر أيضاً على الصدر والكتفين ومؤخرة العنق (ص 265).



33) العُدُّ الوردي: حالة مجهولة السبب، غير مؤلمة، تصيب البالغين وربما تدوم عدة سنين تبدي أثناءها فترات من التحسن (راجع البحث ص 265).



34) الوذمة الوعائية العصبية: نوع من الشرى يؤدي إلى انتفاخ الشفتين والجلد حول العينين (راجع البحث ص 267).

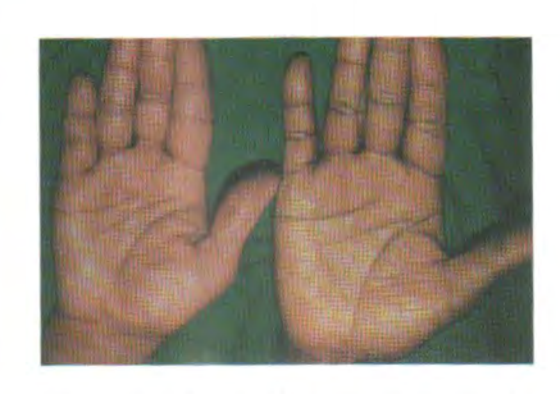


35) موات الجلد: تشاهد هذه الحالة كنتيجة لتصلب الشرايين الكبيرة في الساق ـ أو الإصابة بالداء السكري.

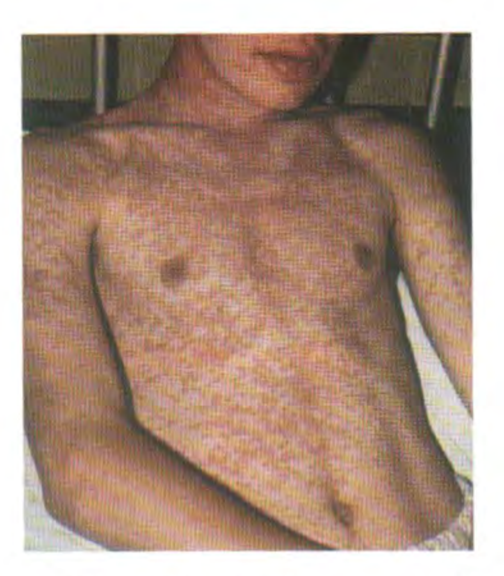


36) قرحات دوالية: تؤدي الإصابة بالدوالي إلى حدوث ركودة دموية، وهذه بدورها ربما تؤدي إلى حدوث قرحات تكون أحياناً صعبة الشفاء. (راجع البحث ص 274).

آفات جلدية صنعية:



37) التسمم بالجزر: أصيب هذا الشخص بالتسمم بالجزر نتيجة اتباعه حمية غذائية خاطئة اعتمدت على تناول كمية كبيرة من الجزر يومياً.



38) الحمامى السمية: قد تنجم مثل هذه الحالة عن تناول الأدوية. هنا ظهر الطفح لدى المريض بعد عشرة أيام من بدء تناوله للبنسلين.

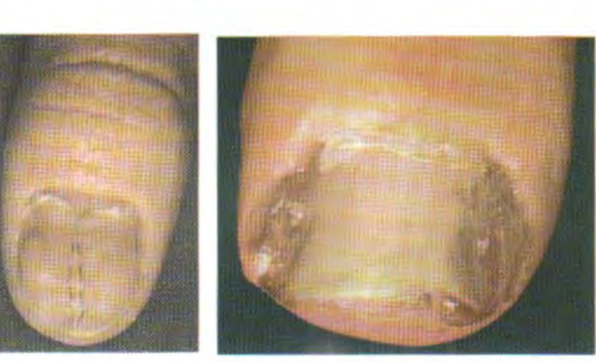
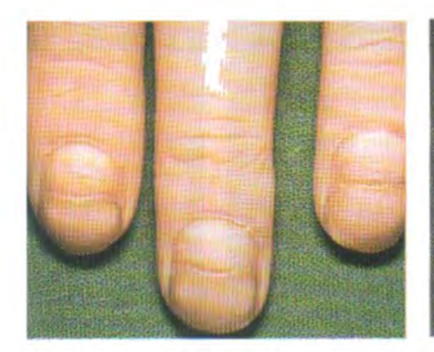
قرحة الداء السكري:



39) قرحة الداء السكري: من المضاعفات الخطيرة لهذا المرض الإصابة بمثل هذه القرحات التي قد تؤدي إلى حدوث الغنغرين، وهذه بدورها تؤدي، في نهاية المطاف، إلى بتر الأصبع أو ربما بتر جزء من القدم (راجع داء السكري ص 671)

آفات الأظافر:



40) آفات الأظافر: تصاب الأظافر بآفات عديدة مثل سوء نمو الأظافر (أعلى أيمن) الناتج عن أكزيما، أو عن رض (أعلى وسط وأيسر). ونلاحظ سوء نمو جميع الأظافر الناتج عن خطوط (بو) (أسفل أيسر)، أو حالات ناتجة عن الخمج (أسفل أيمن). (راجع البحث ص 283).

آفات تقرنية في الجلد:

يصاب الجلد بآفات تقرنية متعددة منها الثفن والمسمار وفرط التقرن.





41) الثَّفَنُ: (راجع البحث ص (262). **42) المسمار**: (راجع البحث ص262). **43) فرط التقرن**: حالة من إصابات الجلد.

الثَّفَنُ والمسمار عبارة عن جلد مثخن بسبب الضغط المتزايد على الجلد، ويمكن أن يصبحا مؤلمين في بعض الحالات.

آفات أغشية الفم المخاطية :

يصاب باطن الفم بآفات عديدة، قد يكون بعضها خطيراً، نورد هنا صوراً لبعض تلك الحالات الشائعة :



44) قرحات قلاع على الشفتين:



45) قرحات قلاع على اللسان:



تشاهد هذه القرحات المؤلمة على الشفتين واللسان، وهي تشفى بدون علاج خلال عشرة أيام. (راجع البحث ص562).

46) سرطان اللسان: يصيب سرطان اللسان (غالباً) المدخنين والذين يتواجد في أفواههم أسنان سيئة (صنعية أو طبيعية) وهنا تبدو قرحة السرطان واضحة. (راجع البحث ص 568).



47) اللسان الأسود المشعر (اللسان الغرائي): تساهم الأخماج الفموية والتدخين في الإصابة بهذه الحالة، وهي تؤدي إلى فرط نمو الحليمات الخيطية في اللسان.



48) حزاز مسطح في باطن الفم: يبدو بشكل نطخات شبكية أو حلقية بيضاء.



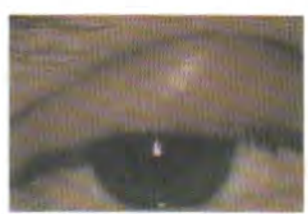
49) التهاب أغشية الفم المخاطية بالمبيضات البيض: تشيع هذه الحالة كثيراً عند الذين يتناولون المضادات الحيوية بكثرة أو الأدوية السامة للخلايا.



50) الطلاوة (الطلوان): تبدو الآفة بشكل تسمك أبيض رخو. (راجع البحث ص 565)

أمراض العين:

أمراض العيون كثيرة ومتعددة، نورد هنا صوراً توضح بعض الحالات المرضية التي تصيبها:



51) البَرَدَة: هي انتفاخ غير مؤلم يصيب طرف الجفن، وقد يكون كبيراً أو صغيراً (راجع كتل الأجفان ص363).

52) الشَّعيرة (الجُدْجُد): هي عبارة عن جريب شعرة مصاب بخمج وممتلئ قيحاً، وهي حالة مؤلمة تشفى غالباً بعد أسبوع من ظهورها.



53) تدلي الجفن: حالة يسترخي فيها الجفن الأعلى ويتدلى فوق العين، وهي تصيب عين واحدة أو العينين معاً، ولا يستطيع الشخص إغماض عينه المصابة تماماً. (راجع البحث ص 364).



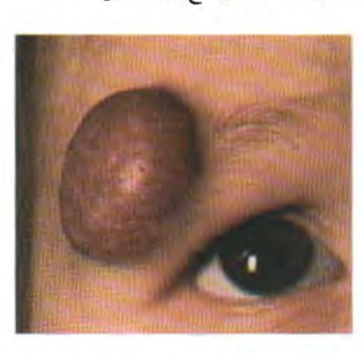
54) الشتر الخارجي: في هذه الحالة ترتخي عضلات الجفن الأسفل، ويتدلى نحو الأسفل ويظهر جزء من الملتحمة، مما يؤدي إلى تجفاف العين وحدوث مشاكل فيها. (راجع البحث ص 366).

العلامات الولادية (الوحمات):

هي عبارة عن مناطق في الجلد ذات لون غير طبيعي وموجودة منذ الولادة. ولها نوعان: كتل مؤلفة من أوعية دموية دقيقة، وبقع ذات لون مختلف، وهي لا تؤذي المصاب إلا من الناحية النفسية. (راجع البحث ص 874).



55) البقع الصباغية: لهذا النوع من الوحمات أشكال وألوان مختلفة، وهي عادة غير ضارة وتبقى مدى الحياة.



56) ورم وعائي دموي: (وحمة) هذه الوحمة تبقى مدى الحياة وهي غير ضارة.



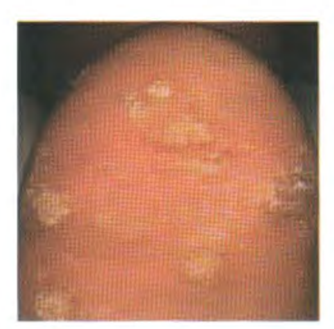
57) وحمة على شكل لطخة حمراء بارزة عن الجلد. وهذه تظهر بعد الولادة مباشرة ولكنها تبدأ بالزوال عندما يصبح عمر الطفل ستة أشهر.

الثآليل :

58) الثآليل: أنواع كثيرة مختلفة الأشكال والأحجام، يسببها نوع من الفيروسات، أوردنا هنا صوراً لبعض أشكالها. (راجع البحث ص 260).



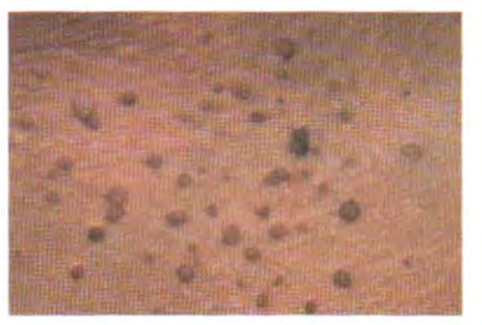




الأورام الحليمية :



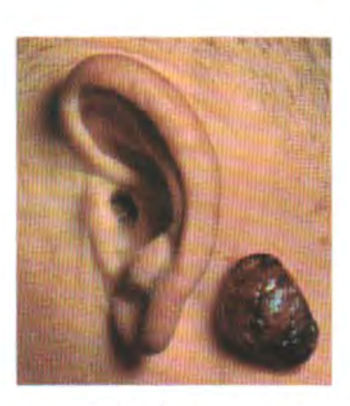
59) كيس زُهمي: تتكون الأكياس الزُهمية وتشكل كتلاً في أي مكان من الجسم وخاصة في فروة الرأس وهي تكون صلبة في البداية ثم تصبح طرية. (راجع البحث ص 274).



60) ورم حليمي: تشيع هذه الحالة لدى النساء في منتصف العمر وتظهر على منطقة الإبطين وجوانب العنق بشكل خاص.



61) الشامات: بقع أو كتل مختلفة الأشكال والأحجام، غامقة اللون تتواجد على الجلد. فإذا أصبحت حاكة أو تغير شكلها، فراجع الطبيب حالاً. (راجع البحث ص 277).



62) الخال: شكل من أشكال الشامات، يكون طرياً أو قاسياً وذا لون غامق أو قريب من لون الجلد المجاور.

سرطانات الجلد:

يوجد ثلاثة أنواع رئيسية من سرطانات الجلد هي: سرطان الخلية القاعدية وسرطان الخلية الحَرشفية والسرطان القتاميني. ونظراً لوقوع هذه السرطانات في مكان ظاهر للعيان (عادة) فإن علاجها المبكر يعطي فرصاً جيدة الشفاء.

63) سرطان الخلايا القاعدية: هذا النوع من السرطان أقل خطورة على الحياة، ويظهر غالباً على الوجه قرب العين أو جانب الأنف، ويلاحظ أن الآفة تسبب قرحة لا تندمل، لها مركز رطب دامٍ وحواف صلبة. (راجع البحث ص 270).









64) سرطان الخلية الحَرشفية: هذا النوع من السرطان يهدد الحياة. يبدأ بالظهور بشكل كتلة حمراء قاسية تنمو باستمرار. تساعد أشعة الشمس على نمو هذا السرطان، وهو يصيب المناطق المكشوفة غالباً مثل الشفة السفلى واليدين والأذنين. (راجع البحث ص 271).

65) الورم القتاميني الخبيث: هو ورم خبيث خطر على الحياة، يتطور غالباً عن شامة قديمة أو ربما حديثة. ومما يساعد على حدوث هذا السرطان عند الأشخاص ذوي البشرة البيضاء هو تعرضهم المديد لأشعة الشمس. (راجع البحث ص 272).





الباب الرابع

الأمراض والاضطرابات والمشاكل التي تصيب الإنسان

الفصل الأول

اضطرابات الجلد والشعر والأظافر (Skin, hair and nail disorders)

الجلد عضو يحيط بكامل الجسم، لذلك يتميز باتساع سطحه، وهو صلة الوصل مع الوسط الخارجي، فهو يحوي ملايين النهايات العصبية البالغة الصغر والتي تسمى المستَقْبِلات، وهي التي تجعل الإنسان يشعر باللمس والحرارة والبرودة والضغط والألم، أضف إلى ذلك، أنه نسيج مرن، ، يلعب دوراً مهماً في المحافظة على رطوبة وحرارة الجسم ويزود الإنسان بالمعلومات التي يحتاجها عن كل ما يحيط به، وهو يحوي غدداً زُهمية تنتج مادة شمعية (الزُهم) تساعد على حفظ الجلد ليناً، وغدداً عرقية تفرز سائلاً مائياً (العرق) يساعد على تبريد حرارة الجسم، وأوعية دموية صغيرة تتوسع في الجو الحار وتتضيق في الجو البارد فتساعد على تنظيم حرارة الجسم، كما يحوي آلاف الجريبات الشعرية، التي هي حفر لخلايا نشيطة منقسمة تنتج الأشعار باستمرار، تتوضع أعداد هائلة منها في الرأس والعانة وتحت الإبطين. وكذلك يوجد خلايا مشابهة لها متوضعة تحت طية الجلد عند قاعدة الأظافر، تنتج باستمرار أظافر اليدين والقدمين.

يلاحظ سريعاً أي تغير يطرأ على الجلد أو الشعر أو الأظافر كونها ظاهرة للعيان، والحقيقة أن المواضيع المدروسة هنا تتعلق غالباً بالمظهر العام رغم أنها تسبب، أحياناً، إزعاجاً صريحاً، مثل الحكة والتورم والألم، وفي حالات نادرة قد تكون خطيرة، مثل، سرطان الجلد.

- 1 -
الجلد (Skin)

يتكون الجلد من طبقتين: الطبقة السطحية التي نراها ظاهرة للعيان، والتي هي عبارة عن غطاء رقيق يُسمى البشرة (Epidermis) والطبقة التي تحتها مباشرة وتسمى الأدمة (Dermis)، وهذه أثخن من تلك وتحتوي على كثير من البنيات أو التركيبات، كالجريبات الشعرية وغدد العرق، كما تتوضع تحتها طبقة من الدهن تسمى طبقة الدهن تحت الجلد.

إن طبقة البشرة السطحية هي طبقة نشيطة منتجة للخلايا، فخلايا قاعدتها تنقسم بشكل مستمر لإنتاج خلايا جديدة، تموت بشكل بطيء عندما تمتلىء بمادة صلبة تسمى القيراتين (Keratin) وهي، أثناء ذلك، تتحرك باستمرار من الأسفل نحو سطح الجلد حيث تتوسف وتسقط من ذاتها، أو أثناء الاستحمام، أو نتيجة الاحتكاك مع الملابس والأشياء الأخرى. إن

تبلغ مساحة الجلد عند الإنسان البالغ ذي الحجم المتوسط حوالي 1,6متراً مربعاً، وتبلغ سماكته حوالي نصف مليمتراً فقط في المناطق الرقيقة كجلد الجفن وحوالي 6 مليمتراً في المناطق السميكة كراحة اليدين.

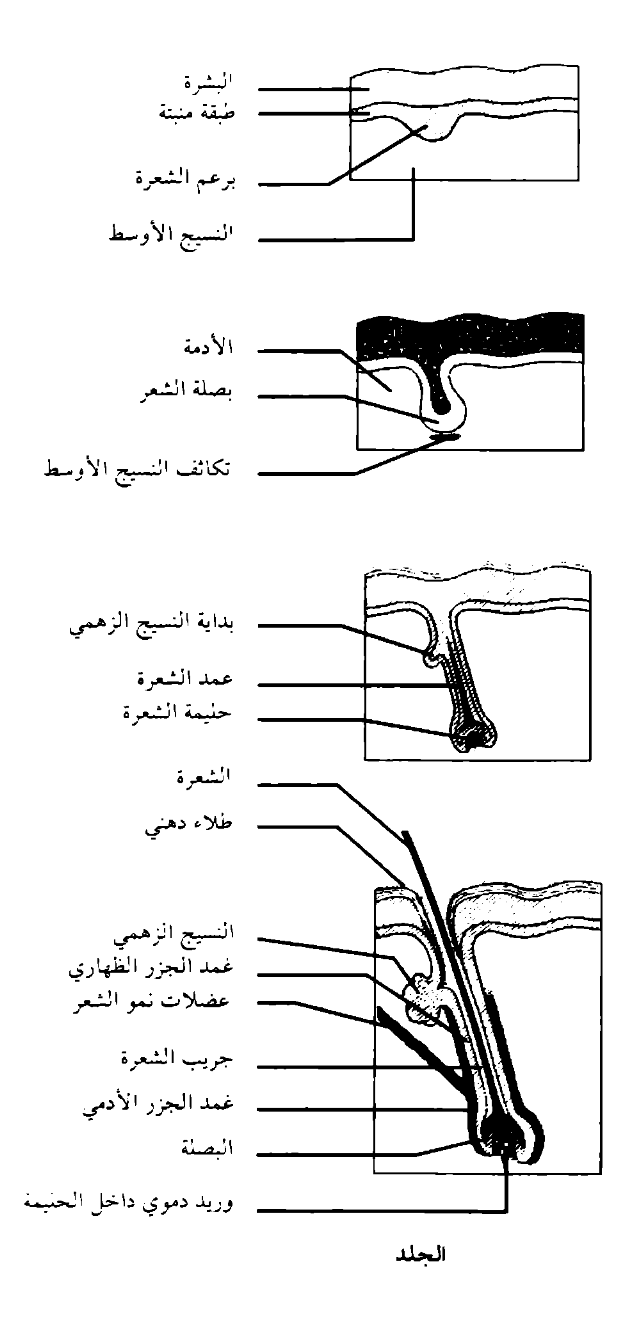
يشكل الجلد خط الدفاع الأول الذي يحمي الإنسان من العوامل الخارجية، وهو مبطن بطبقة دهنية تختلف سماكتها من شخص لآخر لكنها أكثر سماكة عند النساء منها عند الرجال.

يلعب الجلد دوراً مهماً جداً في توازن واستقرار حرارة الجسم، وذلك بواسطة الأوعية الدموية الشعرية الغزيرة التي يحويها، فهذه تتقلص في البرودة مما يخفف من فقدان حرارة الجسم وتتوسع في الجو الحار مما يسهل فقدان حرارة الجسم. وكذلك تلعب الغدد العرقية الموجودة فيه دوراً مهماً في هذا المجال.

يتواجد في الجلد أعداد من الشعر تختلف بين شخص وآخر. وكما يتواجد فيه (في الأدمة) طبقة من الخلايا الصباغية، التي تصبغ الجلد باللون الأسمر أو الأسود، وكلما زاد عدد هذه الخلايا زاد جلد الإنسان قتامة، مع العلم أن هذه الخلايا التي تفرز مادة القتامين Melanin، تفرز من هذه المادة كميات أكبر عند تعرضها لأشعة الشمس. ولذلك يكتسب جسم الأشخاص ذوي البشرة البيضاء اللون المسمر عند تعرضهم لأشعة الشمس.

يحوي الجلد نهايات عصبية كثيرة تؤمن للإنسان الشعور باللمس والحرارة والبرودة والألم وغيرها.

يتواجد في الجلد أيضاً كميات كبيرة من الغدد العرقية يصل عددها إلى عدة ملايين تفرز من العرق يومياً حوالي لتر واحد، وطبعاً يختلف هذا المقدار بين شخص وآخر وحسب طبيعة عمله والجو المحيط.



الجلد

إنتاج الخلايا بشكل مستمر في قاعدة البشرة يتناسب طرداً مع الفقدان المستمر للخلايا من على سطح الجلد، وتبلغ الفترة الزمنية ما بين إنتاج الخلية البشرية في قاعدة البشرة حتى توسفها وفقدانها من سطح الجلد حوالي شهر تقريباً.

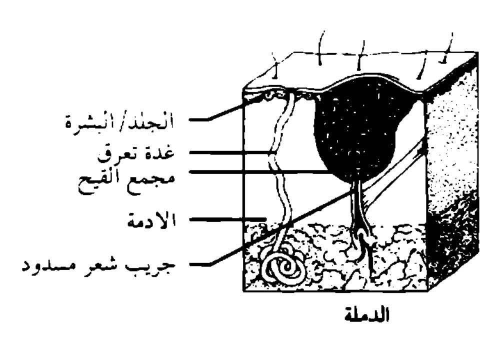
يتثخن الجلد في بعض مناطق الجسم بسبب الضغط والاحتكاك الزائدين عليه، ونتيجة لذلك فإن رحلة الخلية من وقت تشكلها إلى وقت توسفها يستغرق زمناً أطول.

إن أي خطأ أو اضطراب في آلية الاستقلاب المذكورة سابقاً يسبب عدداً من الأمراض الجلدية، مثل مرض الصداف (Psoriasis) الذي هو عبارة عن تراكم شاذ للخلايا السطحية للجلد لأن الخلايا القاعدية للبشرة تنتج عدداً كبيراً متزايداً من الخلايا الجديدة التي تندفع إلى الأعلى.

الدمامل والجمرات (Boils and carbuncles)

الدمَّل أو الدُّملة عبارة عن خمج جرثومي تسببه غالباً المكورات العنقودية التي تصيب الجريب الشعري (منبت الشعرة) وتؤدي إلى التهابه وحدوث الألم. وبسبب هذا الالتهاب تتجمع كريات الدم البيضاء في موقع هذا الخمج بغية مقاومته، ومنها ومن الجراثيم والخلايا الجلدية المتموتة يتشكل قيح أبيض أو أصفر كثيف، ضمن بؤرة الالتهاب.

أما الجمرة فهي إما دملة كبيرة على نحو غير مألوف وشديدة الالتهاب، أو مجموعة من الدمامل ترتبط ببعضها البعض بأنفاق صغيرة عبر الجلد.



الدملة

تشكل الدمامل والجمرات أخماجاً متوضعة تشفى سريعاً، عادة، وهي قد تتشكل نتيجة مقاومة الجسم الضعيفة للأخماج، أو نتيجة عدم العناية بالصحة والنظافة العامة.

الأعراض: تبدأ الدّملة بشكل انتباج محمر مؤلم قد يكون نابضاً، وفي غضون يوم إلى يومين تاليين يزداد الانتباج ويصبح أشد إيلاماً، ومع تراكم القيح يظهر على الدُّملة رأس أبيض أو أصفر يدعى المركز، ويكون القيح مضغوطاً مما يزيد الألم والإيلام، وفي مرحلة لاحقة ينبثق القيح من خلال الجلد إلى الوسط الخارجي، أو تمتصه أنسجة الجسم من جديد، وفي كلا الحالتين يزول الألم وتشفى الدملة.

تشاهد الدمامل بشكل واسع؛ فهي تصيب كل إنسان في وقت من الأوقات، أما الجمرات فهي نادرة المشاهدة، هذا وإن كلاً من الدمامل والجمرات ربما تنكس (تعاود) لأن

الجراثيم التي تسبب الدّملة أو الجمرة ربما تبقى على سطح الجلد مسببة في وقت لاحق مزيداً من الدمامل.

نلفت النظر هنا إلى أنه إذا انتقلت الجراثيم المتواجدة في الدمامل، بطريقة ما، إلى الأطعمة الساخنة فإنها تجد فيها البيئة المناسبة لنموها وتكاثرها، وبالتالي تفرز ذيفاناتها في هذا الطعام، فإن تناوله الإنسان، حدث عنده تسمم غذائي بسيط أو شديد حسب الحالة، لذلك إن كنت مصاباً بدملة فعليك أن تغسل يديك غسلاً جيداً قبل إعداد الطعام، وتنتبه تماماً للاحتمال المشروح سابقاً، وإن كنت تصاب بدمامل معاودة (ناكسة) فراجع الطبيب.

العلاج: تنبثق غالبية الدمامل أو يمتصها الجسم في غضون أسبوعين، فإذا دامت لأكثر من هذه الفترة، أو إذا عاودت فيجب مراجعة الطبيب، وهو سيقرر ضرورة أخذ عينة من دم المصاب وبوله، لفحصها، بغية استبعاد إمكانية إصابته بمرض ما مثل الداء السكري (تكثر الدمامل عند السكريين)، فإذا اكتشف وجود أي مرض فإن علاجه يوقف عادة معاودة ظهور الدمامل.

العلاج الذاتي: إن تطبيق كمادات ساخنة على الدملة يساعد كثيراً على تفريغ القيح للخارج ويسرع الشفاء، تطبق الكمادات بواسطة قطعة قماش قطنية تبلل بالماء الساخن ثم تعصر وتوضع فوق الدملة وهي ساخنة، وقبل أن تبرد تبدل بواحدة جديدة ساخنة، ويستمر في فعل ذلك حوالي عشرين دقيقة ويكرر كل ساعتين حتى ينبثق القيح إلى الخارج.

العلاج الاختصاصي: إذا كانت الدملة على وشك الانبثاق، فقد يقوم الطبيب بإجراء شق صغير في مركزها للسماح للقيح بالخروج، إضافة لذلك (أو كبديل له) قد ينصح بتناول المضادات الحيوية.

أما معالجة الدمامل المعاودة فتتم باستعمال مضادات حيوية، وصوابين مطهرة موضعياً، ولمدة عدة أسابيع، ويفضل أخذ حمام يومي بالماء الفاتر والصابون وتحت الدوش (حتى يستمر جريان الماء) **ودون تطبيق أي فرك أو دلك للجسم خاصة للمناطق المصابة** لكي لا تنتشر الجراثيم إلى أجزاء أخرى من الجسم.

الثآليل (Warts)

الثآليل كتل صغيرة تنمو على الجلد، تسببها ڤيروسات (Viruses) معينة تغزو خلايا الجلد فتحدث نمواً عشوائياً متزايداً فيها، وهي تنمو بنسبة مرتفعة عند الأشخاص قليلي المناعة تجاه الڤيروسات المتعددة التي تسبب الثآليل.

تنتقل الڤيروسات المسببة للثآليل من الشخص المصاب إلى الشخص السليم مع النز الناجم عن هذه الثآليل، بواسطة اللمس المباشر، وهي تصيب المراهقين بنسب مرتفعة وتصيب الأطفال بنسب أقل وتصيب البالغين بنسب أقل من ذلك.

والثآليل أورام سليمة لا تسبب خطورة على الحياة والصحة العامة لكنها قد تسبب حرجاً من الناحية الجمالية.

الأعراض: هناك أنواع عديدة من الثآليل تختلف فيما بينها حسب نوع الفيروس المسبب، والثؤلول الشائع عبارة عن مجموعة كتل صغيرة مؤلفة من خلايا جلدية قاسية، متقرنة، بيضاء أو حمراء ذات سطح يشبه زهرة القنبيط، وبداخلها أوعية دموية صغيرة متجلطة تشبه الشظايا السوداء.

يمكن للثؤلول أن ينمو في أي من مناطق الجسم، لكنه غالباً ما ينمو على ظهر الأيدي. يميل الثؤلول الشائع، الذي ينمو بأسفل القدمين وراحة اليدين، إلى التراجع داخل أنسجة الجسم فيكون سطحه على مستوى الجلد والكتلة داخل النسج. وقد يظهر عدد من الثآليل بجانب بعضها البعض على القدمين مشكلين منطقة تشبه الموزاييك بأبعاد تبلغ (25) ملم أو أكثر.

معظم الثآليل المنتشرة في الجسم غير مؤلمة، لكن الثؤلول الداخلي الذي ينمو في أسفل القدم، يعطي شعوراً بعدم الارتياح وقد يسبب ألماً أثناء المشي.

ضمن الأنواع الأخرى من الثآليل هناك الثؤلول المستوي الصغير البني اللون، والثؤلول الأملس الذي يظهر غالباً على وجه الأطفال، ويوجد نوع آخر يدعى المليساء المعدية، وهي كتل بيضاء لؤلؤية دقيقة، لكل واحدة منها مركز منخفض، وهي أيضاً شائعة بكثرة بين الأطفال، كما قد تظهر الثآليل على قضيب الرجل (راجع ص 762) وفرج المرأة (راجع ص 801). وراجع المظاهر المرئية للأمراض - (الثآليل ص 255).

العلاج: تختفي معظم الثآليل من تلقاء نفسها غالباً خلال عدة شهور، أو عبر عدة سنين، لكن إذا كان الثؤلول قبيح المنظر ومزعجاً، فيمكن اتباع التعليمات الواردة لاحقاً بالاعتماد على الذات في التخلص منها.

هناك حالتان يجب استشارة الطبيب فيهما، **الأولى**: إذا كان الثؤلول على القضيب أو على الفرج، **والأخرى**: إذا نما أي نوع من الثآليل وكان المصاب فوق سن الـ (45) سنة، لأن الناميات الجلدية التي تشبه الثآليل، عند الأشخاص المسنين، يمكن أن تكون حالة جلدية خطرة مثل سرطان الجلد. (راجع سرطان الخلية القاعدية (ص 270) وسرطان الخلايا الحَرشفية (ص 271)، والورم القتاميني الخبيث (ص 272)).

العلاج الذاتي: هناك العديد من المعالجات الشعبية لإزالة الثؤلول لكن في الحقيقة إنّ نجاح هذا النوع من العلاج يعود إلى أنّ معظم أنواع الثآليل يميل إلى الاختفاء من تلقاء نفسه، والطريقة الأفضل هي وضع مستحضر خاص على شكل طلاء أو مرهم أو لصقة فوق الثؤلول، وهذه متوفرة في الصيدليات، حيث تحوي هذه المستحضرات مواد كيميائية تدمر الخلايا الشاذة

في الجلد، لكنها تدمر الخلايا السليمة المحيطة بالثؤلول أيضاً، لهذا يجب استعمال هذه المستحضرات بمنتهى الحذر والانتباه ومنع وصولها أبداً إلى العينين. وفي كل الأحوال ننصح أن لا تعالج الثآليل في الوجه والأعضاء التناسلية بهذه المستحضرات لأنّ الجلد في هذه الأماكن حساس جداً.

العلاج الاختصاصي: إذا لم تستجب الثآليل لطرق العلاج، فباستطاعة الطبيب أن يزيلها بتجميدها بسائل النتروجين أو بحرقها بالكهرباء، كما يمكن للطبيب أن يجرف الثؤلول كلياً بعد تبنيج المنطقة موضعياً، ورغم كل ذلك فإن الثؤلول قد يكون مقاوماً لجميع أنواع العلاجات.

المسامير والأثفان (Corns and calluses)

المسمار والثَفَنْ هما مناطق من الجلد تتثخن بسبب تأثير الضغط المتواصل عليهما، وهذا ما يؤدي إلى إيلام في الأنسجة المتوضعة تحت الجلد المتثخن.

يكون المسمار عادة صغيراً (أقل من 5 ملم) ويظهر غالباً على أصابع القدم بينما يكون الثفن أكبر من ذلك (يقارب عادة 30 ملم) ويشيع ظهوره على ضَرَّة القدم (Ball of the foot) أو على الوكعة (Bunion) فوق قاعدة إبهام القدم (راجع ص 725)، وكلاهما يظهر عادة عند انتعال حذاء جديد ضيق أو ذي كعب عالي وغير مناسب، ويبدو أن لدى بعض الأشخاص أنسجة وسائدية قليلة، أقل من الطبيعي، بين العظام والجلد المكونين للقدمين مما يساعد على تشكل المسامير والأثفان بسهولة أكبر. ويمكن أن تظهر الأثفان على راحتي اليدين إذا مارس المرء عملاً شاقاً. (راجع المظاهر المرئية للأمراض رقم 41 ـ42 ص 252).

المضاعفات: المسمار والثفن شائعان جداً، ويظهران تقريباً لدى العديد من الناس من وقت لآخر، ولا يكونان مؤلمين بشكل عام، أما إذا كان لدى المصاب حساسية مرهفة أو دورة دموية فقيرة في القدمين بسبب مرض عصبي (راجع الاعتلال العصبي المحيطي ص 311) الذي يحدث أحياناً بسبب الداء السكري (ص 671)، فيمكن أن يتبع الثفن تقرح عميق في المنطقة المصابة مما يستغرق وقتاً طويلاً ليندمل.

العلاج: انتعِل حذاء مريحاً لقدميك، وبعد عدة أسابيع سوف يختفي المسمار أو الثفن، ولتخفيف أي إزعاج حادث ادهن قدميك بمرهم مُطَرٍ، ويمكنك إزالة الجلد الميت باستعمال حجر الخفان سواء كانت الإصابة في اليد أو في القدم، وإن أردت منع الضغط المباشر على المسمار، ثبت حوله خاتم إسفنجي (متوفر في الصيدليات). أما إذا لم تنجح كل هذه الإجراءات الشخصية فاستشر طبيبك وهو سيقرر إمكانية تشذيب المسمار أو الثفن جراحياً أو كيميائياً.

الأكزيما والتهاب الجلد (Eczema and dermatitis)

الأكزيما نوع من التهاب الجلد، وبعض الأطباء يستعملون تعبير الأكزيما ليصفوا التهاب الجلد من منشأ داخلي، الذي يحدث عادة بسبب الأَرَجيَّة (Allergies) التي تصيب بعض الناس أكثر من البعض الآخر.

يتضمن التهاب الجلد، من ناحية أخرى أيضاً، حالات تسببها عوامل خارجية وتصيب البشرة بنفس الطريقة (عند كل الناس) مثل حروق الشمس (ص 269).

تتصف الأكزيما، بالتهاب الجلد والاحمرار والحكة، والتوسُف والتنفط (حدوث نفطات)، كما يصبح الجلد تدريجياً، في المنطقة المصابة، أثخن ويتغير لونه. ونلفت النظر إلى أن للأكزيما أنواعاً عديدة تصيب البالغين بشكل عام، سندرس فيما يلي أكثرها شيوعاً (راجع الأكزيما الطفولية (ص 893)، وراجع المظاهر المرئية للأمراض رقم 20 ـ 21 ص 247).

التهاب الجلد بالتماس: هذه الحالة، تسببها ردة فعل الجلد تجاه بعض المواد التي تلامسه، فإذا كنت من الأشخاص شديدي الأَرَجِيَّة من مادة ما (نبتة مثلاً) ولامستها سهواً أو عمداً فإنّ الجلد سرعان ما يصبح حاكاً ومحمراً، كما تظهر النفطات الواخزة التي يمكن أن تتجمع لتشكل نفطات كبيرة تتفجر ثمّ تتقشر، وإذا انتقلت الآثار الكيميائية الدقيقة من المادة التي سببت الأرجية من جزء إلى آخر في الجسم يمكن أن يظهر التهاب الجلد بالتماس أيضاً في الجزء الآخر.

بعض أنواع التهاب الجلد بالتماس تكون أبطأ ظهوراً، مثل الأَرَجِيَّة تجاه النيكل (الوجه الداخلي للساعة أو الأسوارة أحياناً) فإنها تؤدي إلى حمرة وتقشر وبقع حاكة في الجلد ربما تستغرق أسابيعاً أو أشهراً إلى أن تظهر، وإذا استمرت المواد المخرشة بالاحتكاك مع الجلد فسوف ينتشر التهاب الجلد بالتماس إلى منطقة أوسع.

الأكزيما الدهنية: يصيب هذا النوع من الأكزيما البالغين والأطفال بطرق مختلفة (راجع الأكزيما الدهنية عند الأطفال ص 871)، فعند البالغين يمكن أن تصبح التجاعيد التي بين الأنف وزاوية الفم حمراء متقشرة وحاكة، وعند الرجال يمكن أن تنتشر هذه الحالة في منطقة اللحية والمناطق ذات الشعر في الصدر والظهر، ويمكن أن تصيب أيضاً تجاعيد الجلد الأخرى، وإذا حدثت بإحدى طيات الجلد الرطبة فإنها تعرف بالتسميط، كما تسبب في حالاتها المعتدلة قشرة الرأس (راجع ص 279)، وهي تشاهد ضمن العائلة، وتظهر وتختفي عادة خلال العديد من السنوات ولا تزال مجهولة السبب.

أكزيما ربات البيوت: إنّ الأشخاص الذين يستعملون باستمرار سوائل غسيل الأطباق والمساحيق والمنظفات والشامبو، يؤذون جلد أيديهم في أغلب الأحوال، فيصبح جافاً وخشناً ومحمراً، ويمكن أن يثخن ويتشقق ويصبح متقشراً وحاكاً، ومثل هذا النوع من الأكزيما يظهر

عند الأشخاص الذين تتعرض أيديهم باستمرار للمواد الكيميائية المخرشة أثناء عملهم، وعند بعض سيدات البيوت.

الأكزيما المخرشة: يميل الجلد عند الأشخاص المسنين إلى الجفاف في منطقة الساقين، وهذا يؤدي إلى حمرة وتقشر وحكة.

عسر التعرق: في هذا النوع من الأكزيما تنتشر النفطات الحاكة في راحة اليدين وأخمصي القدمين ويمكن لهذه النفطات أن تنفجر وتنزف وتسبب ضعفاً واهتراءً في المناطق المجاورة، وبعضها الآخر يزول دون أن ينفجر ويخلف بقعاً بنية تحت الجلد.

يمكن أن تدوم بعض أنواع الأكزيما لمدة أسبوعين أو أربعة أسابيع ثم تختفي تلقائياً وتميل الهجمة للشفاء، وفي بعض الهجمات السيئة قد يشعر المصاب بالوهن.

الأكزيما القرصانية: حالة مجهولة السبب تظهر بشكل أقراص حمراء متقشرة ونازفة وحاكة على اليدين والساقين في أغلب الأحيان، تدوم الإصابة لعدة أشهر ثم تختفي من تلقاء نفسها ويكون شفاؤها دون رجعة.

التهاب الجلد الحلئي الشكل: يظهر في هذا الاضطراب النادر نفطات على الأرداف، الظهر، فروة الرأس، الأطراف وعلى ظهر اليدين والقدمين، وتكون النفطات حاكة بشدة وربما تستمر لعدة أشهر أو سنوات، وإذا حدثت الإصابة في مرحلة الطفولة فإنها تحدث بشكل هجمات تتخللها فترة من الهجوع ثم تشفى نهائياً في سن البلوغ.

يحدث التهاب الجلد الحلئي الشكل عادةً بسبب الأَرَجِيَّة تجاه بروتين القمح (الغلوتين أو الغروين) الذي يمكن أن يسبب أيضاً اضطراباً في الأمعاء يؤدي إلى الإصابة بإسهال مزمن، وفي حالات أخرى يكون السبب مجهولاً.

المضاعفات: إنّ الأكزيما والتهاب الجلد ليسا خطرين على صحة الإنسان، ولكن يمكن أن يكونا مزعجين له، ونلفت النظر إلى أنه إذا تفجرت النفطات أو إذا حُكَّت فإنّ ذلك قد يؤدي إلى انتقال الإصابة إلى مناطق أخرى.

العلاج:

العلاج الذاتي: يفيد كثيراً اتباع الإرشادات التالية:

- تتحسن أكزيما اليدين إذا ارتدى المصاب قفازات مطاطية فوق قفازات من القطن لفترات قصيرة أثناء استعمال المواد المخرشة مثل مواد التنظيف.
- تجفيف اليدين جيداً بعد غسلهما، ودهنهما بمرهم غير معطر عدة مرات كل يوم.
- تجنب مسببات التهاب الجلد بالتماس يؤدي إلى اختفاء الحالة خلال أسابيع قليلة.
- يمكن تسريع عملية الشفاء باستعمال مرهم ستيروئيدي يحوي (5%) هيدروكورتيزون، شريطة عدم تعريض الجلد أبداً للمواد المخرشة.

- إن كان السبب هو أَرَجِيَّة من بعض أنواع الطعام، فيمكن تجربة حمية انتقائية (راجع ص 942) لكشف نوع الطعام المسبب للحالة. لكننا ننصح باستشارة الطبيب قبل بدء أي نوع من الحمية لأن الأخطاء في ذلك قد تؤدي إلى مضاعفات سيئة، وهو يرتب إجراء اختبارات خاصة لمعرفة أسباب الأَرَجِيَّة.

العلاج الاختصاصي: بالاعتماد على نوع الأكزيما ربما يصف الطبيب مرهماً ستيروئيدياً ليسرع عملية الشفاء الطبيعية، أو ربما يحاول اكتشاف السبب الباطني، وهذا ربما يتطلب إجراء اختبارات عامة للدم والجلد ليقرر سبب الأَرَجِيَّة الموجودة، وإذا شك بوجود التهاب جلد بالتماس، عندها قد يضع بعض المواد المشتبه بها كمسبب للأَرَجِيَّة، فوق الجلد مباشرة لمعرفة أياً منها هو السبب.

يمكن التحكم بالتهاب الجلد الحلئي الشكل الناتج عن الأَرَجِيَّة تجاه الغروين بالحمية من الطعام المحتوي عليه.

وفي كل الأحوال إذا لم يُعرف سبب الأَرَجِيَّة الباطني، فإن الطبيب سيصف لمريضه العلاج المناسب.

العُد الشائع والعُد الوردي (Acne vulgaris and acne rosacea)

يسمى العُد الشائع عادة، (حب الشباب)، وهو حالة تظهر فيها بقع مختلفة الأنواع على الجلد، تكثر مشاهدتها عند الفتيان والفتيات في سن البلوغ، لذلك فإنها تناقش ضمن مشاكل سن البلوغ الخاصة (راجع ص 265 وص 947).

العُد الوردي حالة مجهولة السبب تتضخم فيها أوعية الدم الصغيرة المتوضعة تحت الجلد في منطقة الوجنتين، الأنف، والجبهة، لعدة أسابيع أو أشهر، وتصبح مثل علامات حمراء على الوجه، وفي بعض الحالات يحمرالجلد كثيراً وقد تظهر عليه بقع ممتلئة قيحاً، كما يحدث التهاب العيون عند نصف المصابين تقريباً (راجع ص 368). إن العُد الوردي غير مؤلم ويصيب البالغين ويدوم عدة سنين يبدي خلالها فترات من التحسن ثم يعاود نشاطه (راجع المظاهر المرئية للأمراض رقم 33 ص 250).

العلاج: لدى مراجعة الطبيب فإنه يصف مضاداً حيوياً فعالاً يؤدي إلى تحسن الحالة خلال عدة أسابيع، ولكن يلاحظ عادة معاودة الحالة بعد التوقف عن أخذ العلاج، مما يتطلب تكرار استعمال الدواء.

داء الصُداف (Psoriasis)

في الحالات الطبيعية نجد أن جلد الإنسان يجدد نفسه بنفسه، فهناك على الدوام خلايا جديدة تتشكل في الطبقة السفلية منه وخلايا تتموت وتتوسف (تتقشر وتسقط) في الطبقة

السطحية منه، فإذا تسارع إنتاج الخلايا الجديدة عن الحدود الطبيعية وتباطأ تساقط الخلايا المتوسفة يصبح الجلد في المنطقة المصابة أكثر ثخانة مع وجود طبقات متموتة زائدة على المنطقة السطحية منه، وهذا ما يسمى بالصُداف.

يظهر داء الصُداف عادة عندما يتعرض الإنسان لضغوطات نفسية شديدة، أو إذا تعرض الجلد للضرر والأذى، وأثناء فترات تدني الحالة الصحية العامة.

الأعراض: تظهر على الجلد بقع نافرة ذات لون وردي غامق مغطاة بقشور بيضاء لا تسبب الألم عادة، لكنها قد تكون حاكة أو قاسية، ويمكن أن تتكون من بقعة مفردة صغيرة أو من عدة بقع كبيرة، تتوضع بشكل عام في منطقة الركبتين والمرفقين وفروة الرأس، ونادراً ما تظهر البقع تحت الإبطين والصدر أو على الأعضاء التناسلية وحول الشرج، وإذا أصاب المرض اليدين أو القدمين فإنه يكون على شكل مناطق بارزة أو تشققات مؤلمة أو نفطات صغيرة ممتلئة بسائل أبيض، وفي بعض الحالات تصاب الأظافر فتثخن وتصبح مؤلمة وتنفصل عن الجلد، وفي بعض الأحيان الأخرى يترافق داء الصُداف ببعض أشكال التهاب المفاصل المعتدل، التي تشبه التهاب المفصل الرثياني (راجع ص 720).

المضاعفات: يظهر داء الصُداف عادة بين عمر (10 ـ 30 سنة) ويميل إلى التوارث في العائلة، وفي أغلب الحالات لا يؤثر على الصحة العامة بشكل عام، لكنه عند الشباب والمسنين ربما يسبب أمراضاً خطيرة خاصة إذا كانت الحالة شديدة ومنتشرة في معظم مناطق الجسم أو إذا أهمل علاجها.

العلاج: يتعايش بعض الناس مع حالات مرض الصُداف المعتدلة حيث يمكن التأقلم معها وتجنب العوامل التي تسبب تفشي المرض، لكن إن كانت الحالة شديدة أو كانت تسبب إزعاجاً حاداً، وقلقاً دائماً، يراجع الطبيب.

العلاج الذاتي: هناك علاجات شعبية يعتمدها كثير من المصابين فتتحسن حالتهم، ومن المفيد جداً تعريض الجسم لأشعة الشمس باعتدال، وبشكل يومي وبالتدريج، مع الحذر من حدوث حروق شمسية لأن ذلك يجعل الحالة أكثر سوءاً.

العلاج الاختصاصي: من المحتمل أن يصف الطبيب واحداً من المراهم أو اللصوقات، توضع على المنطقة المصابة، لذا، يجب استعمال هذه الأدوية بحذر شديد لأن بعضها يحدث أضراراً أو حروقاً في الجلد السليم، وعادة يكفي هذا العلاج للشفاء، فإذا لم تتحسن الحالة، قد يلجأ الطبيب إلى العلاج بالأشعة فوق البنفسجية، فإذا فشل هذا العلاج أيضاً فمن الممكن أن يدخل المريض إلى المستشفى لمدة أسبوع أو أسبوعين لتلقي علاجاً خاصاً باستعمال مستحضرات جلدية نوعية، فإذا فشل هذا العلاج أيضاً فمن الممكن أن يصف الطبيب جرعات خفيفة من العقار السام للخلايا، لكن من النادر اللجوء إلى هذه الطريقة نظراً لما تحدثه من ضرر على خلايا الجسم السليمة.

- أخيراً نقول إنه لا يوجد علاج يشفي مرض الصُداف بشكل دائم، لذلك فإن أغلب المصابين تظهر الحالة عندهم وتختفي بدرجات متفاوتة من الشدة، وبشكل عام يفيد العلاج في توقف تفشي الحالة المرضية وحصرها وعدم ازديادها سوءاً.

الشَّرى (Hives)

تظهر على الجلد، في هذا الاضطراب الشائع، كتل حمراء حاكة تعرف بالشَّرى، نجدها تضم في بعض الأحيان مراكز بيضاء، وتكون ذات أحجام مختلفة تتجمع غالباً لتشكل بقعاً كبيرة شاذة يمكن أن تظهر في أي مكان من الجسم.

تثور هجمة الشَّرى أحياناً بسبب الأَرَجِيَّة تجاه بعض أنواع الأطعمة مثل (الجوز - الفريز - المحار)، أو تجاه بعض الأدوية مثل البنسلين والأسبرين، أو لمس أنواع معينة من النباتات مثل القراص، وعند أشخاص آخرين يظهر الشَّرى عندما يتقشر الجلد أو يتعرض للحرارة أو البرد أو ضوء الشمس، ولكن في معظم الأحيان يكون من الصعب معرفة السبب الذي أدى إلى ظهور الحالة، وفي جميع الأحوال، وسواء عُرف السبب أم لم يُعرف، فإن الضغط النفسي وقساوة المنطقة التي يعيش فيها الإنسان يساعدان على ازدياد الحالة سوءً. تشفى هجمة الشَّرى عادة في غضون بضع ساعات دون أن تسبب أي مشاكل أخرى، لكن من الممكن أن تستمر لعدة أيام أو أشهر حتى لو تم علاجها، وبعض الناس يصابون بنوع سيء من هذا الاضطراب يسمى الوذمة الوعائية العصبية (Angioneurotic edema) وفي هذه الحالة تتوذم الأنسجة الباطنية وخاصة في الوجه، وفي الحالات الشديدة تتوذم الشفتان والجلد حول العينين بشدة وإذا انتشر التوذم (التورم) إلى الرقبة فمن الممكن أن يعيق عملية التنفس، ورغم أن هذه حالة نادرة لكنها قد تؤدي إلى الموت اختناقاً، وفي حالات قلية جداً يكون الشَّرى جزءاً من أمراض خطيرة مثل الذأب الحمامي المجموعي (ص 728)، وبشكل عام فإن الشَّرى يكون مخرشاً وليس مؤلماً. (راجع المظاهر المرئية للأمراض رقم 9 ص 244).

العلاج: إذا كان سبب ظهور الشَّرى هو تناول طعام معين فيمكن معرفة هذا الطعام لأن الظواهر الشَّروية تظهر بعد دقائق معدودة من تناوله، وكذلك الحال بالنسبة للدواء أو النبات المسبب للشَّرى، ولكن من الممكن أن لا تُميز المادة التي أنت مُتَأَرِّجٌ تجاهها إذا كانت أَرَجِيَّتك ناتجة مثلاً عن الأصبغة التي تضاف إلى الأطعمة والأشربة، ففي هذه الحالة يطلب الطبيب إجراء حمية انتقائية (راجع الأرجية ص 942) أو يطلب إجراء اختبارات جلدية خاصة لمعرفة العامل المسبب، وعلى كل حال إذا بدأت الشفتان أو الجلد حول العينين بالتوذم ينصح بمراجعة الطبيب فوراً، وهو عادة يصف دواءً مضاداً للهيستامين. وفي حالات الوذمة الوعائية العصبية الشديدة، يمكن أن يصف دواءً ستيروئيدياً ليخفف التوذم الحادث وليحدَّ من خطورة الاختناق.

قدم الرياضي (Athlete's foot)

هي حالة مزعجة وشائعة، تنمو فيها الفطور على الجلد بين وتحت أصابع القدم وخصوصاً الرابع والخامس منها، فيحمرُّ الجلد ويصبح متقشِّراً ومسبباً للحكة وذا رائحة كريهة، ويجعل العرق أو الماء الطبقة السطحية منه مبيَّضة وندية، ومن الممكن أن تتأثر الأجزاء الأخرى من القدم.

إن الحالة الجلدية المسماة قدم الرياضي مُعدية بشكل خفيف، فقد تنتقل بالعدوى من ملامسة أجزاء صغيرة متساقطة من الجلد المصاب، أو ارتداء جوارب الشخص المصاب.

العلاج: يفيد الذين يصابون بحالة قدم الرياضي تطبيق التعليمات التالية:

- بعد الاستحمام أو السباحة أو غسل الأقدام، يجفف ما بين الأصابع بعناية، مع مراعاة عدم استعمال منشفة أفراد العائلة الآخرين لأن ذلك قد ينقل المرض إليهم. وبعد التجفيف يدهن مرهماً مضاداً للفطور أو يرش مسحوقاً ناعماً (بودرة).
- لتجنب انتشار الخمج على كامل القدمين يحافظ عليهما جافتين ونظيفتين.
- إذا كان جلد المنطقة ندياً، تستعمل بودرة مضادة للفطور.
- ارتداء جوارب ماصة للعرق، مصنوعة من الألياف الطبيعية كالقطن.
- انتعال صندل مفتوح، أو حذاء بأخامص وعلويات نفوذة ذات مسامات.
- تبديل الجوارب كل يوم، تعريض الحذاء للتهوية عند خلعه.
- كلما جف الجلد يوضع عليه مرهماً مضاداً للفطور.

فكل ذلك يساعد على إيقاف هذه الحالة الجلدية ويمنع عودتها أو تكرارها. فإذا فشلت كل هذه الإجراءات يراجع الطبيب.

القوباء (Impetigo)

القوباء خمج جرثومي (معدي) يصيب الجلد، تظهر غالباً في المناطق المحيطة بالأنف أو الفم. وتبدأ الإصابة بنفطات صغيرة يمكن عدم ملاحظتها، حيث تنتشر بسرعة مسببة بقعاً حمراء رطبة، تنز تحت الجلد، وتدريجياً تغطي المنطقة قشور سمراء تبدو وكأنها تشبه السكر المحروق، ثم تنتشر الإصابة بعد ذلك عند الحواف، ويمكن أن تظهر إصابات جديدة في مناطق أخرى. (راجع المظاهر المرئية للأمراض رقم 6 ص 244).

القوباء حالة شائعة ومنتشرة بين الأطفال أكثر منها بين البالغين، وتعتبر، عادة، مرضاً ليس ذا خطورة، لكنها عندهم قد تنتشر على كامل الجلد مما يسبب إنهاك الطفل بشكل كبير، فيبدو مريضاً جداً. وفي بعض الحالات النادرة، وخاصة عند الطفل أو اليافع، يمكن أن يحدث التهاب كلوي حاد (ص 920).

العلاج: إذا أهمل علاج القوباء فور ظهورها فإنها سوف تدوم وتنتشر إلى مساحات أكبر.

العلاج الذاتي: إلى أن يراجع الطبيب، تغسل القوباء المتقشرة بالماء والصابون، ويغسل الجلد المحيط بالإصابة مرتين يومياً لحمايته من الجراثيم. أما تلاميذ المدارس، فيجب عليهم ملازمة منازلهم حتى يتم شفاؤهم.

العلاج الاختصاصي: يصف الطبيب مضاداً حيوياً (Antibiotic) يؤخذ عن طريق الفم أو الحقن العضلي، كما يصف مرهماً خاصاً، ويستغرق الشفاء عادة حوالي سبعة إلى عشرة أيام على الأكثر.

التهاب النسيج الخلوي (Cellulitis)

هو عبارة عن خمج جلدي تسببه جراثيم تسمى المكورات العقدية، تدخل نسيج الجلد من خلال جرح صغير، أو تقرح، وتفرز مواداً كيميائية خاصة تسمى الأنزيمات (Enzymes)، وهذه بدورها تتلف خلايا الجلد.

يمكن لهذا الخمج أن يصيب أي جزء من أجزاء الجلد، ولكن لأسباب غير معروفة حتى الآن فإنه يُصيب أي جرح أو تقرح أينما وجد في الجلد، فيظهر توذم مؤلم محمرٌ يتطور وينتشر ببطء لمدة يوم أو يومين، كما يمكن أن تظهر خطوط حمراء على الجلد تتجه من المنطقة المصابة في طريقها إلى الأوعية اللمفاوية وإلى العقد اللمفاوية المجاورة كتلك العقد الموجودة في المنطقة الأربية، وقد تتوذم عقد المصاب اللمفاوية وترتفع حرارته ويبدو مريضاً.

المضاعفات: إذا لم يعالج الخمج ستدخل الجراثيم إلى مجرى الدم وتسبب تسمم الدم (ص 519)، لذلك يجب مراجعة الطبيب فوراً وهو سيصف المضادات الحيوية الفعالة التي تساعد على الشفاء السريع.

حروق الشمس (Sunburn)

حروق الشمس هي التهاب الجلد والأنسجة التي تحته مباشرة نتيجة التعرض الزائد لأشعتها فوق البنفسجية، فتصبح المنطقة المصابة حمراء، ساخنة، ومنكمشة، وفي الحالات الشديدة يمكن أن تتشكل التقرحات. إن الأشخاص ذوي البشرة البيضاء هم أكثر عرضة للإصابة بحروق الشمس، بالإضافة إلى أن بعض الناس لديهم أَرَجِيَّة فائقة لأشعة الشمس بسبب إصابتهم ببعض الأمراض، أو بسبب تناولهم دواءً يجعلهم ذوي أَرَجِيَّة خاصة تجاه الشمس.

يمكن أن يصاب المرء بحروق الشمس دون التعرض المباشر لأشعتها، حيث يمكن للأشعة فوق البنفسجية أن تخترق الجو الضبابي وتصل إلى الجلد دون أن يشعر المرء بها، كما يمكن أن تصل إلى الجلد، والإنسان داخل الماء، أو أن تنعكس على سطوح الرمل مثلاً وتصل

إلى الجلد وتحرقه. فالسواح خصوصاً، والمستجمون على شواطىء البحر، يكونون عرضة للتأثر بأشعة الشمس لأنهم يحاولون التشمس بدون حكمة وبشكل سريع، كما أن الثلج يعكس الأشعة فوق البنفسجية الموجودة في الشمس مما قد يسبب حروقاً أثناء رحلة التزلج مثلاً.

المضاعفات: يمكن أن يسبب التعرض المتكرر أو العادي لأشعة الشمس القوية، عبر مرّ السنين، إضعاف الأنسجة المرنة في الجلد مما يجعلها تبدو هرمة ومتغضنة، ومن الممكن أن تزيد التقرنات الشمسية، التي هي بقع من الجلد المحمر الخشن التي تظهر على المناطق المكشوفة وخاصة عند الأشخاص ذوي الجلد الحساس، مع التعرض الطويل لأشعة الشمس القوية، يمكن أن تزيد خطورة حدوث سرطانات الجلد (راجع الفقرات التالية).

العلاج: يمكن منع حدوث حروق الشمس بعدم الجلوس لفترات طويلة تحت أشعتها الحارقة، أو الجلوس بحذر شديد، فمثلاً يمكن قضاء حوالي (20) دقيقة تحت أشعة الشمس في اليوم الأول، ثم تزاد المدة كل يوم شيئاً فشيئاً حتى يبدأ التسفع الذي يستغرق ظهوره عادة من أربعة إلى خمسة أيام، وينصح باستعمال مرهم واقٍ من الشمس خاصة أثناء الفترة الأولى، كما يُنصح أن لا يتم التشمس ما بين الحادية عشر صباحاً والثالثة بعد الظهر (صيفاً). وعندما يبدأ التسفع يُستعمل زيت الشمس أو مرهم لتلطيف الجلد وعند الإصابة بحروق الشمس يفترض عدم تعريض الجسم لأشعتها إطلاقاً حتى تختفي علامات الحروق.

سرطان الخلية القاعدية (Basal cell carcinoma)

يعدُّ سرطان الخلية القاعدية النوع الأكثر شيوعاً من الأنواع الثلاثة لسرطان الجلد، والنوعان الآخران هما سرطان الخلايا الحرشفية (راجع البحث التالي والورم القتاميني الخبيث ـ ص 272)، حيث تصبح الخلايا التي تتوضع تحت سطح الجلد مباشرة سرطانية، ثم يظهر الورم ويتقرح فيما بعد.

يحدث هذا الاضطراب في الخلايا عادة نتيجة التعرض الطويل لأشعة الشمس الحادة، ولكن تمضي سنون عديدة قبل اكتشاف وجود السرطان، كما تنمو القرحات ببطء محطمة النسج على حافتيها، ولا ينتشر سرطان الخلية القاعدية إلى أجزاء الجسم الأخرى، كما في حالات النمو الخطرة الخبيثة الأخرى، إلا بعد مضي فترة طويلة من الزمن على وجودها (عدة سنوات).

الأعراض: تظهر بقع حمراء صغيرة، أو أحياناً كتل لؤلؤية على الجلد، وتظهر على الوجه بشكل عام وخاصة قرب العين أو على جانب الأنف، وتنمو الكتلة بثبات، وخلال حوالي ستة أسابيع تصبح قرحة ذات حافة صلبة ومركز رطب دام. وتستمر القشور بالنمو على القرحة ثم تختفي (تلك القشور) دون أن تندمل القرحة (راجع المظاهر المرئية للأمراض رقم 63 ص 256).

يظهر سرطان الخلية القاعدية أحياناً على شكل التهاب خفيف ينمو ببطء على الظهر

والصدر، وهذا النوع يصيب عادة الأشخاص ذوي الجلد الفاتح من الأعمار المتوسطة، أو المسنين الذين قضوا العديد من السنوات تحت أشعة الشمس.

المضاعفات: يسبب سرطان الخلية القاعدية، إذا لم يعالج، تلفاً موضعياً للأنسجة مع بشاعة (قُبح) في منظرها، وهي تنمو ببطء ونادراً ما تنتقل إلى أجزاء أخرى من الجسم، ويشكل نموها، البطيء عادة، كتلة قاسية صلبة تدمر العضو المجاور مثل العين أو الأذن، ومن النادر جداً أن يؤدي هذا النوع من السرطان إلى الموت.

العلاج: عند مراجعة الطبيب، يقوم بفحص القرحة، ويأخذ خزعة من الجلد المصاب لفحصها نسيجياً، فإذا ثبتت الإصابة بسرطان الخلية القاعدية فإنه يستطيع إزالته بعدة طرق. فمن الممكن أن يُستأصل جراحياً أو يُجمد بواسطة جراحة التبريد، أو يُدمر عن طريق المعالجة بالأشعة، وكل هذه الطرق لها نسبة نجاح كبيرة. وبعد العلاج يمكن تغطية الندبة برقعة من الجلد بواسطة جراحة التجميل.

هناك طريقة أخرى لإزالة سرطانات الجلد وهي تدمير السرطان كيميائياً مع الجراحة، وهذه الطريقة تسمى بتقنية موس Moh's.

وبعد العلاج، هناك نسبة صغيرة من هذه السرطانات يمكن أن تنكس وتنمو مرة أخرى، ويتم ذلك عادة خلال عامين، فإذا حصل هذا يجب إعادة العلاج.

سرطان الخلية الحَرْشَفِيّةْ (Squamous cell carcinoma)

إنه أحد أنواع سرطانات الجلد الثلاثة (النوعان الآخران هما سرطان الخلية القاعدية والورم القتاميني الخبيث)، وعند حدوثه تصاب الخلايا الباطنية للجلد مؤدية إلى نمو ورم خبيث يهدد الحياة. وكالأنواع الأخرى لسرطان الجلد فإن التعرض الطويل لأشعة الشمس الحادة هو السبب الرئيسي في حدوث هذا النوع من السرطان.

الأعراض: تظهر على سطح الجلد كتلة حمراء قاسية ذات سطح صلب وتنمو بثبات، وفي بعض الحالات تبدو وكأنها ثؤلول، وفي حالات أخرى تبدو على شكل قرحة لا تندمل أبداً. ينمو سرطان الخلايا الحرشفية عادة في المناطق المكشوفة لأشعة الشمس بشكل دائم، وتُعد الشفة السفلى والأذنان واليدان أكثر المناطق الشائعة لظهورها (راجع المظاهر المرئية للأمراض رقم 64 ص 256).

المضاعفات: هناك احتمال كبير لإصابتك بسرطان الجلد إذا كنت تعيش في منطقة مشمسة، أو تعمل تحت أشعة الشمس لعدة سنوات، وكنت بمتوسط العمر أو أكبر من ذلك، وذا بشرة فاتحة، لأن المرض نادراً ما يصيب الأشخاص ذوي الجلد الداكن. إذا تُرك الورم ينمو دون علاج فمن الممكن أن ينتشر إلى أجزاء أخرى من الجسم، أما إذا عولج سريعاً فإن الشفاء يكون ممكناً بنسبة مرتفعة.

العلاج: إذا ظهرت أية كتلة أو قرحة على الجلد ولم تندمل خلال أسبوعين فيجب استشارة الطبيب وهو قد يرى ضرورة أخذ خزعة (عيِّنة) من الورم وفحصها نسيجياً، فإذا ثبت وجود السرطان فإنه سينصح بإزالتها جراحياً، أو ربما يتم العلاج بواسطة جراحة التجميد أو الجراحة الكيميائية، أو ربما يدمر الورم بواسطة الأشعة. وإذا تركت الجراحة ندبة فمن الممكن إجراء ترقيع جلدي للمنطقة (جراحة تجميلية). وبشكل عام إذا عولج هذا السرطان في وقت مبكر فإن العلاج يكون فعالاً، كما لا بد من مراقبة الحالة وفحصها دورياً بعد العلاج لمدة خمس سنوات.

الورم القتاميني الخبيث (Malignant melanoma)

يعتبر الورم القتاميني الخبيث الأخطر من بين أنواع سرطان الجلد الثلاثة «راجع سرطاني خلايا الجلد الآخرين السابقين». فهذا الورم ينتقل وينتشر في كامل الجسم، ويهدد الحياة، مما يجعله مميزاً عن النوعين الآخرين. وهو يتطور أحياناً من خلية خضابية موجودة في شامة قديمة أو شامة حديثة التشكل، وأحياناً أخرى من خلية خضابية عادية. يلعب التعرض للشمس القوية ولسنين عديدة دوراً في تطور هذا المرض.

الأعراض: العرض الشائع هو أن شامة موجودة منذ الطفولة، أو منذ الولادة، تتغير في واحدة من عدة طرق: فربما تبدأ بالانتشار وتصبح حاكة ولونها أفتح أو أغمق، أو تتطور إلى هامش أسود ينتشر حول الجلد المحيط أو ينزف تلقائياً، أو بأن تصبح حاكة، ثم تتطور لاحقاً إلى بقعة ذات جلد سميك. أما الشامات التي تتشكل بعد مرحلة البلوغ فهي قد تتطور أيضاً بنفس الطريقة وتسبب ورماً قتامينياً (راجع المظاهر المرئية للأمراض رقم 65 ص 256).

المضاعفات: إن الورم القتاميني نادر بالنسبة لأنواع السرطانات الأخرى، وهو أكثر ما يصيب الأشخاص ذوي البشرة البيضاء عندما يتعرضون لأشعة الشمس بشكل متزايد ومتكرر، لذلك نجده يصيب (بشكل عام)، الأشخاص ذوي البشرة الفاتحة والذين يعيشون في مناطق حارة ويتعرضون باستمرار لأشعة الشمس القوية.

الورم القتاميني نادراً ما يظهر قبل سن البلوغ، وإذا حدث وظهر قبل ذلك فربما يظهر على شكل شامة وجدت منذ الولادة، ولأن السرطان ينتشر بسرعة فمن الضروري الملاحظة والتشخيص والعلاج المبكر.

العلاج: ليس حتمياً أن وجود تغيُّر في شكل الشامة ووضعها يشير إلى وجود سرطان فيها، لكن بمجرد الشك بأي شامة أو الشكوى من أي عرض من الأعراض الموصوفة سابقاً يراجع الطبيب فوراً، وحتى لو وجد الطبيب أن الشامة سليمة وغير مؤلمة ولا حاكة ربما ينصح باستئصالها جراحياً وفحصها نسيجياً، فإذا ثبت وجود الورم القتاميني الخبيث فيها فيجب إزالتها جراحياً مع هامش كبير من الجلد المجاور، وقد يرى الطبيب ضرورة إزالة بعض العقد اللمفاوية

الموجودة في المنطقة لاحتمال انتقال الورم لها، وضرورة إعطاء المصاب العقار السام للخلايا، وإجراء معالجة بالأشعة.

الجراحة الترميمية

تُجرى الجراحة الترميمية لإصلاح أو إعادة بنية جزء من الجسم كان قد أوذي، كحرق بالغ الشدة مثلاً، أو كان قد تشوه بشكل شاذ كالحنك المشقوق. وهذه الجراحة تتضمن تطعيم الجلد، وأحياناً استخدام أنسجة أساسية كالعضلات والعظام إذا كان ذلك ضرورياً، وقد تدعو الحاجة إلى إجراء جراحة ترميمية لتحسين مظهر شخص ما وهذا ما يدعى الجراحة التجميلية.

الطعوم: ربما يحتاج جرح مشوه، حدث بسبب حرق شديد أو حادث أو عملية جراحية واسعة، إلى تطعيم جلد. يؤخذ الجلد للتطعيم، عادة، من مناطق مناسبة من جسم الشخص نفسه لكي لا يهاجمه جهاز المناعة إذا أخذ من جسم آخر.

إن أكثر الطرق المطبقة لتطعيم الجلد هي التطعيمات الثخينة المنشطرة، وهي تستلزم نزع طبقة رقيقة من الجلد، من منطقة مناسبة وصحية كالفخذ أو الظهر، وجعلها كعصابة فوق الجرح لمدة تتراوح ما بين أسبوع إلى عشرة أيام حتى تتماسك تماماً مع الجلد الأساسي. أما المنطقة التي أُخذ منها الجلد فإنها عادة تتماثل للشفاء خلال أسبوع إلى ثلاثة أسابيع.

هناك بديل عن التطعيم الثخين المشطور هو التطعيم الثخين التام. وبهذه الطريقة تحرر قطعة من الجلد واقعة قرب الجرح المراد تجميله وتترك ملتصقة من جانب واحد في مكانها مع الجسم لكي تحافظ على التغذية، وتشد على شكل سويقة وتضغط فوق المنطقة المصابة المراد تجميلها.

وعلى أية حال ومع نتائج التطور الأخير، فقد أصبح باستطاعة الجرَّاحين الآن أن ينزعوا، بشكل تام، تطعيمات ثخينة كاملة من المنطقة المعطية أو المانحة (عند نفس الشخص) ونقلها إلى المنطقة المصابة باستعمال تقنيات الجراحة المجهرية للصق الأوعية الدموية الشعرية الخاصة بالمنطقة المعطية إلى الأوعية الشعرية في موقع الإصابة.

هناك تطور قد حصل مؤخراً هو استعمال طريقة استنبات الجلد، حيث تؤخذ قطعة صغيرة من الجلد من منطقة المنح وتزرع في المختبر وتراقب أثناء نموها في ظروف اصطناعية حتى تكبر وتصبح كافية لتغطية منطقة الإصابة بالشكل المطلوب.

الجراحة التجميلية: لقد أجريت جراحات تجميلية متعددة في الوجه لنزع الشحم المتراكم وإعادة مظهر الأنف (رأب الأنف) والشفاه، وأُجريت جراحات أخرى مختلفة لتحسين مظهر الشخص أعطت كلها نتائج إيجابية مشجعة. واليوم تُجرى العمليات الجراحية التجميلية لإعادة مظهر الثدي إلى شكله الطبيعي بعد استئصال سرطان الثدي، حيث يزرع مكانه سيليكون (Silicone) نصف مصلب، وهذا السيليكون يزرع مكان الأنسجة المُنْتَزَعَة أثناء جراحة سرطان الثدي. مع ضرورة لفت النظر إلى أن تطعيم الوجه يترك أثراً دائماً وندباً ملحوظة وأنه يستمر من سنتين إلى عشر سنوات.

وعلى الرغم من أن الجراحة التجميلية ليست خطرة، لكنها، في بعض الحالات، قد تجعل الوضع أسوأ مما كان عليه قبل الجراحة، وقد تترك تعقيدات صعبة.

القرحات الدوالية (Varicose ulcers)

قد تصبح الدورة الدموية بطيئة في الساقين، وهذا الأمر يزداد سوءاً مع تقدم العمر، فيصبح جريان الدم بطيئاً في الأجزاء السفلية من الجسم، وخصوصاً في ربلتي الساقين والكاحلين، مما يعني أن المصاب بدأ يشكو من الدوالي (ص 500). وركودة الدم هذه تجعل أي جرح أو تشقق يحدث في هذه المنطقة صعب الشفاء بسبب عدم حصوله على دم متجدد نقي، مما يؤدي أحياناً إلى تقرح الجروح والشقوق التي تحدث فيها، وهذا ما نشاهده خاصة عند النساء كبيرات السن والحوامل.

الأعراض: يكون التقرح سطحياً ويتمركز القيح فيه، ويكون عادة مؤلماً جداً، وقد تتشكل القرحة، وتشفى، وقد تعاود، وقد تتشكل ولا تشفى، ولا تتغير، وقد يدوم التقرح شهراً وحتى سنين أحياناً.

إن أكثر المناطق إصابة بالتقرحات هي المنطقة الواقعة فوق الكاحل تماماً من داخل الساق، وعلى الأغلب يصيب تقرح الدوالي الساقين معاً، حيث يحمر الجلد المحيط بالقرحة ويتقشر ويحك وينتفخ الكاحلان (راجع المظاهر المرئية للأمراض رقم 36 ص 250).

العـــــلاج:

العلاج الذاتي: يجب رفع الكاحل المصاب أثناء الجلوس، وجعل القدمين بمستوى أعلى من مستوى الصدر عند النوم، ويمكن تحقيق ذلك برفع النهاية السفلى للسرير بحدود (20) سم، وتجنب الوقوف لفترات طويلة من الوقت، وممارسة رياضة المشي بشكل منتظم.

العلاج الاختصاصي: سيقترح الطبيب ارتداء رباط ضاغط لدن من الكاحل وحتى الركبة، أو ارتداء جوربين مرنين ثخينين طوال النهار. وإذا كانت الحالة شديدة فيمكن غسل التقرح بمطهر لطيف وتغطيته بقماش وتكرار ذلك يومياً. وإذا استعصى التئام التقرح فسيغطيه الطبيب بمعجون خاص ثم يلفه برباط. ورغم كل ذلك قد يستمر التقرح مستعصياً على الشفاء، وفي بعض الأحيان قد تستدعي الحاجة إجراء عملية تطعيم جلدي لتسريع الشفاء.



الرباط الضاغط
يساعد الرباط الضاغط في تسريع حركة الدم

الكيسات الزهمية (Sebaceous cysts)

الغدد الزهمية هي غدد صغيرة جداً تتوضع تحت الجلد تماماً، تفرز مادة شمعية دهنية لتحافظ على الجلد مرناً طرياً، فإذا انسدت فوهة الغدة، لأي سبب كان، فإن الزهم يتراكم تدريجياً مشكلاً كيسةً، ثم يزداد حجمه ببطء، ويستمر لعدة سنوات، ويظهر على شكل كتلة

شاحبة تحت الجلد، وفي بعض الأحيان ربما يتشكل مَسَمٌّ ضيق يصل الكيس مع سطح الجلد (ما يشبه الناسور).

تتشكل الكيسات الزهمية عادة بشكل انفرادي واحد بعد الآخر، وتكون غير مؤلمة ولا مؤذية إلا أنها شائعة، وتلاحظ لأول مرة بعد البلوغ وتصيب عادة فروة الرأس وسببها غير معروف حتى الآن (راجع المظاهر المرئية للأمراض رقم 59 ص 255).

المضاعفات: قد تدخل الجراثيم إلى داخل الكيسة الزهمية من خلال المسَمّ الموجود فتخمجها، فتتضخم وتحمر وتلتهب وتصبح أكثر إيلاماً، وفي نهاية الأمر تنفجر ويخرج منها قيح ذو رائحة كريهة، وبعدها يتراجع الخمج، لكن الكيسة تبقى، وقد تلتهب من جديد مرة أخرى، وأحياناً تنفجر تحت الجلد وتسبب احمراراً بالغاً وألماً شديداً. وبعد شفاء الخمج يترك الجرح نسيجاً متنبذباً مما يجعل نزع الكيسة جراحياً أمراً صعباً.



الغدة الزهمية

العلاج: يميل كثير من الناس إلى ترك الكيسات الزهمية دون أي تدخل، أما إذا رغب المصاب باستئصالها، أو إذا أصيبت بخمج ما، فيمكن استئصالها تحت التبنيج الموضعي بعملية جراحية بسيطة. ومع ذلك ربما يبقى جزء يسير من الكيسة مما يؤدي لاحقاً إلى معاودة تشكلها من جديد. أما معالجة الكيسات المخموجة فيتم ببساطة باستعمال المضادات الحيوية Antibiotics.

السُّمَاك (Ichthyosis)

السُّمّاك حالة موروثة يكون جلد الطفل فيها، أثناء مرحلة الرضاعة أو الطفولة المبكرة، شديد الجفاف ولا سيما في اليدين، ومجزأ بشكل لويحات معينية الشكل تشبه حراشف السمك، وغالباً ما يكون لون الجلد أغمق من الطبيعي، ومن الملاحظ أن بعض أنواع السُّمَاك تتحسن تحسناً ملحوظاً وهاماً أثناء مرحلة المراهقة.

هناك مراهم متنوعة وصوابين خاصة يمكن أن تجعل الجلد أقل جفافاً.

هذا، ويؤدي الطقس البارد لازدياد الحالة سوءاً، ولذلك تأكد من ارتداء طفلك المصاب ملابس كافية لتدفئته، وبشكل خاص، القفازات الواقية.

النخالية الوردية (Pityriasis rosea)

النخالية الوردية هي عبارة عن طفح جلدي مجهول السبب (يعتقد بعض الأطباء أن الفيروسات هي التي تسببه)، يبدأ عادة ببقعة أو أكثر، حمراء كبيرة حرشفية المنظر تظهر على الجذع، ثم، وفي الأيام التالية، تنمو وتنتشر لتغطي كامل الجذع والمنطقة العليا من الساعد،

وأحياناً المنطقة العليا من الساق، ثم تصبح على شكل لطخات بيضوية ذات لون نحاسي وملمس حرشفي، وعادة تكون حاكة وتدوم من أربعة إلى خمسة أسابيع، وتؤدي إلى جفاف الحلق أحياناً، وهي بشكل عام تصيب الأطفال والبالغين.

العلاج: يمكن التخلص من الحكة بوضع مرهم مرطب على الطفح، وإذا كان الجلد سيئاً جداً ربما يصف الطبيب مرهماً سيترويئيدياً وتعالج حالات الحكة الشديدة بحبوب مضادة للهيستامين، وأثناء فترة الأسابيع السيئة، من الحالة، يجب تجنب الاستحمام كلياً.

الجُدَرَة (Keloid)

الجُدَرَة عبارة عن ندبة تنمو بشكل مفرط، وهي قد تحدث بعد عمل جراحي أو حرق أو لقاح أو حب شباب كثيف، أو حتى بعد ثقب شُحمة الأُذن، فتبدو، في أول الأمر، طبيعية، ولكنها بعد عدة أشهر تنمو وتصبح أكبر وأثخن بشكل ملحوظ. وقد يحدث بالصدفة، لسبب أو لآخر، أن تحدث الجُدَرَة وتتطور بعد حك أو خدش بسيط.

ليست الجُدَرَة مرضاً مؤذياً ولكنها قد تسبب الحكة، وقد تسبب أحياناً التشوه فتؤذي الناحية الجمالية. وهذه الجدرات معروفة وشائعة عند أولئك الناس ذوي البشرة الغامقة (السود) ونادرة عند ذوي البشرة البيضاء.

العلاج: تتوقف بعض الجُدَرات عن النمو أو تختفي نهائياً دون سبب معروف. ويكون علاجها بحقنها في نسيجها مباشرة بعقار ستيرويئيدي مما يجعل حجمها أصغر، أو تعالج بالأشعة.

لا ينصح باستئصال الجُدَرات جراحياً لأنها تترك ندبة يمكن أن تتحول إلى جُدَرة أخرى، ولكن نزع الجُدَرة ومعالجة الندبة الجديدة الحاصلة عنها بحقن عقار ستيرويئيدي، أو بتطبيق الأشعة السينية (أشعة X) أو بكليهما معاً، يمكن أن ينتج عنه ندبة صغيرة.

الحزاز المسطَّح (Lichen planus)

الحزاز المسطَّح هو طفح جلدي حاك يظهر فجأة على شكل بقع وردية صغيرة تصيب معصم اليد غالباً، أو على شكل بقع كبيرة غير ملونة تختفي تدريجياً تاركة علامات بنية اللون، وهناك نوع آخر يصيب الأنسجة في المناطق الرطبة مثل الفرج وداخل الفم (راجع الحزاز الفموي المسطح ص 566)، مع العلم أن الحزاز المسطح يمكن أن يجعل أظافر اليدين وأظافر القدمين مُنقطّة، والمرض بشكل عام يصيب البشر في المرحلة المتوسطة من العمر (راجع المظاهر المرئية للأمراض رقم 26 ص 249).

العلاج : يوصف دواءٌ لتخفيف الحكة وبشكل عام يحتاج المرض إلى علاج طويل للوصول إلى الشفاء التام.

الذأب الحمامي القرصي (Discoid lupus erythematosus) (DLE)

يتجلى مرض الذأب الحمامي القرصي في كونه مرضاً جلدياً مزمناً غير معروف السبب، ويأخذ عادة شكل طفح جلدي توسفي محمر مسبباً حكة في المنطقة الواقعة بين الأنف والوجنتين مما يعطيه شكل الفراشة، وهذا ما جعل البعض يسميه (طفح الفراشة). ويمكن أن تتأثر مناطق أخرى من الجلد وخصوصاً تلك المعرضة لأشعة الشمس مع أو بدون التأثير على الوجه، وعلى الجسم يأخذ الطفح شكل بقع دائرية.

يمكن أن تستمر هذه الحالة عدة سنين وتتطور نحو الأسوأ، وتُحدث هجمات متكررة من الطفح. وبعدما تشفى الإصابة فإنها تخلّف جلداً رقيقاً متندباً ذا مظهر مشوَه.

يمكن أن يحدث مرض الذأب الحمامي القرصي (DLE) وحده، أو يكون مرافقاً للذَأب الحُمَامي المجموعي (SLE) (ص 728)، والذي يعتبر اضطراباً أكثر خطورة. إن المصابين بالذأب الحمامي القرصي فقط يحصل عندهم الطفح، ولكنهم يبقون بحالة صحية جيدة، أما المصابين بالذأب الحمامي المجموعي (SLE) فيصابون بأعراض أخرى كوجع المفاصل المؤلم. ويلاحظ أن الـ (DLE) شائع بين النساء أكثر من الرجال، ويظهر عادة بين الثلاثين والأربعين من العمر.

العلاج: عند الإصابة بمرض الذأب الحمامي القرصي (DLE) وحده، فإن نصيحة الطبيب، في أغلب الأحيان، هي حماية المناطق المصابة من أشعة الشمس باستعمال مرهم واقٍ منها. فإذا كان ذلك غير مجدٍ فسيصف مرهماً ستيروئيدياً، مع العلم أنه إذا طالت مدة استعمال الستيروئيدات قد تسبب تأثيرات جانبية، ويعود الطفح إلى الظهور مرة أخرى عند إيقاف استعمالها. من أجل تجنب هذه النتائج فربما يصف الطبيب عقاراً بديلاً كالكلوروكين (Chloroquine).

تصبغ الجلد الشاذ (Abnormal skin pigmentation)

يحتوي الجلد الطبيعي على خلايا صباغية (Melanocytes) هي خلايا إنتاج القتامين (Melanin) والتي تعطي الجلد اللون الأسمر، لكن هناك عدة حالات مرضية تكون فيها الخلايا الصباغية شاذة أو تنتشر بشكل شاذ، أو تكون قليلة أو أقل نشاطاً من الطبيعي. ويظهر هذا الأمر بوضوح على الجلد بعد تعرضه لأشعة الشمس حيث تبقى فيه مناطق شاحبة اللون لا تؤثر فيها أشعة الشمس (أي لا تغير لونها)، أو أن تكون الخلايا أكثر عدداً أو أكثر نشاطاً من الطبيعي، ويلاحظ هذا الأمر في مناطق الجلد التي هي أغمق لوناً وتتأثر بسرعة بأشعة الشمس (يغمق لونها).

(المَهَق) (Albinism): حالة وراثية نادرة تكون فيها الخلايا الصباغية غير قادرة على إنتاج القتامين، فيكون الأمهق ذا جلد شاحب جداً وشعر أبيض وعينين عسليتين أو زرقاوتين، لذلك

ينصح الأمهق عادة بارتداء نظارات غامقة، وأن يتجنب أشعة الشمس لأنها تؤذي عينيه وتحرق جلده بسهولة.

تسفع الجلد الشاذ (اغمقاق لون الجلد) (Abnormal suntan): يمكن لأمراض معينة، أو لبعض أنواع الأدوية، أن تتسبب بتسفع الجلد دون التعرض لأشعة الشمس، فإذا حصل معك هذا الأمر فاستشر طبيبك.

البَهق (Vitiligo): في البَهق تظهر بقع شاحبة على الجلد تتوضع عادة بشكل متناظر على طرفي الجسم، وقد تكبر أو تنكمش أو تبقى بنفس الحجم.

النخالية المبرقشة (Pityriasis): هذه الإصابة الفطرية غير الشائعة تسبب ظهور بقع شاحبة أو غامقة على الجلد، قد تؤدي إلى تقشر الجلد المصاب.

الكَلَفْ (Chloasma): إنّ التغيرات الهرمونية أثناء الحمل، أو بسبب تناول دواء مانع للحمل مثلاً، تسبب لبعض النساء ظهور بقع من الجلد الغامق على وجوههنَّ، وخاصة على الوجنتين، تختفي بعد الوضع أو إيقاف تناول الدواء (راجع المظاهر المرئية للأمراض رقم 28 ص 249).

الشامات (Moles): هي بقع صغيرة داكنة اللون من الجلد تتكون من تجمع الخلايا الصباغية، وقد ينمو فيها الشعر أو لا ينمو، ويلاحظ أن بعضها قد تتحول إلى أورام قتامينية خبيثة. فإذا كان لديك شامة تغير حجمها أو لونها أو أصبحت حاكة فراجع الطبيب فوراً. (راجع المظاهر المرئية للأمراض رقم 61 ص 255).

الثؤلول المثي (Seborrheic warts): هو ليس ثؤلولاً حقيقياً (ص 260) بل عبارة عن رقعة دائرية أو بيضوية غامقة اللون ذات سطح قشري ودهني، أبعادها في حدود (1 ـ 3 سنتيمتراً)، وهي تظهر بشكل عام بعد منتصف العمر.

العلاج: معظم الحالات الموصوفة سابقاً غير مؤلمة، كما أنها غير مهددة للحياة.

العلاج الذاتي: يمكن تغطية بعض البقع ذات اللون المغاير للون الجلد بمراهم خاصة أو بمستحضرات التجميل (الماكياج).

العلاج الاختصاصي: هناك معالجات خاصة متوافرة لمثل هذه الإصابات، فيمكن مثلاً للبرص أن يتحسن بعلاجه بالأشعة فوق البنفسجية مصحوباً بمعالجة دوائية، والنخالية يمكن أن تشفى باستعمال مرهم مضاد للفطور، والشامات يمكن استقصاؤها واستئصالها، ومستحضرات التجميل يمكن أن تغطي العديد من عيوب الجلد.

ـ 2 ـ
الشعر والأظافر (Hair and nail)

إن الشعر والأظافر عبارة عن بنيات قاسية ميتة شبيهة جداً بالطبقة السطحية من الجلد. فالأشعار تنمو من جريبات متواجدة في الجلد لها شكل تجاويف، وتتألف من خلايا نشيطة منقسمة إلى أعداد كبيرة، والأظافر تنمو من طيات موجودة عند قاعدتها. والمادة التي تعطي الأشعار والأظافر قساوتها هي مادة بروتينية تدعى القيراتين (Keratin) التي تتواجد بكميات أقل في الجلد نفسه.

إن أمراض الشعر تسبب عادة مشاكل تتعلق بالناحية الجمالية والنفسية أكثر منها مشاكل طبية، وكذلك فإن اضطرابات الأظافر لا تؤذي الصحة العامة لكنها تسبب إزعاجاً واضحاً. ومع ذلك فإن المظهر العام يؤثر كثيراً على الشعور، لذلك يجب التعامل مع مشاكل الشعر والأظافر بجدية.

قشرة الرأس (الهِبْرِيَة) (Dandruff)

القشرة عبارة عن وسوف (رقاقات) قشرية صغيرة من الجلد الميت تتشكل على فروة الرأس، وتنتج عن سببين رئيسيين هما:

- إصابة فروة الرأس بشكل خفيف من الأكزيما الدهنية (ص 263).
- أو إصابة بمرض صداف فروة الرأس، الأقل شيوعاً (ص 265).

وكلا الحالتين لا تؤثران على الشعر أو على الصحة العامة.

العــلاج:

العلاج الذاتي: يمكن استعمال شامبو ضد القشرة، من النوع الذي يحتوي على القطران (Tar)، وتتبع التعليمات المدرجة على الحاوية، وبجعل الشامبو يتغلغل داخل الشعر، ويدلك باعتدال، ثم يغسل جيداً بماء نظيف، ويكرر ذلك يومياً، فتزول القشرة خلال أسبوعين. لكن قد تعاود من جديد.

العلاج الاختصاصي: إذا لم يفد استعمال الشامبو، فقد ينصح الطبيب باستعمال سائل يحتوي على الستيرونيد كي يخمد السبب الرئيسي لقشرة الرأس. يستعمل السائل حسب التعليمات وستخف حدة القشرة. أما إذا كانت القشرة سميكة وملتصقة بفروة الرأس فقد يصف الطبيب سائلاً يحتوي على حمض الصفصاف (Salicylic acid) حيث يفكك هذا السائل الجلد الميت المتراكم على فروة الرأس ويسمح للشامبو المضاد للقشرة بأن يعمل بفعالية أكثر في إزالتها من مكانها.

العناية بالشعر

هل تعتني بشعرك وتتعاملي معه بلطف وعناية، فتسريحه بالمشط أو الفرشاة، أو تجفيفه يجب ألا يكون بشكل قاسٍ أو مفرط، فمثلاً التسريح بالفرشاة بما يعادل المئة مرة كل ليلة تسحب الشعر من جذوره. وقد يبدو الشعر الطويل بمظهر غير صحي ويحمل نهايات منشطرة، وهذا ببساطة لأن النهايات الحرة للشعر الطويل أكبر سناً من تلك النهايات الحرة في الشعر القصير. ثم إن الشعر الذي ينمو وأنت في حالة مرَضية يكون غالباً من نوعية هزيلة، لكن بعدما تشفى تجد أن شعرك قد تحسن بشكل واضح. إن الاستعمال المعقول لمصففات الشعر الجمالية لن يؤذي شعرك كثيراً، وإن عمل ذيل الفرس بشكل قاسٍ وعنيف وشد الشعر والتسريح المفرط والمستمر بالفرشاة، والتجعيد الدائم والتبسيط والصباغ، وسحب لون الشعر، كل ذلك يؤذي الشعر إلى حد كبير.

غسيل الشعر: يكفي أن تغسلي شعرك مرة واحدة بالشامبو، وننصحك بانتقاء شامبو يناسب طبيعة شعرك (دهنياً ـ جافاً . . . الخ)، ويمكنك تخفيف تركيز الشامبو بخلطه مع قليل من الماء، وليكن الماء المستعمل فاتراً وليس حاراً. بللي شعرك أولاً ثم ضعي الشامبو ثم ادلكيه بلطف، واجعلي الشامبو يتخلل فيه، وإذا كان شعرك دهنياً فلا تدلكيه كثيراً لأن هذا سيؤدي إلى إفراز مزيد من الدهن، ثم اغسليه بماء فاتر ونظيف، بعد ذلك لفي شعرك المتقطر ماء بمنشفة وانتظري عدة دقائق ثم انزعي المنشفة عنه ومشّطيه بمشط ذي أسنان عريضة.

تجفيف الشعر: إن أفضل طريقة لتجفيف الشعر هو تركه يجف من تلقاء نفسه، ومع ذلك فإن استعمال الهواء الساخن بشكل تيار أو قلنسوة لا يؤذي الشعر إذا استعمل باعتدال وبالشكل الصحيح، أما البكرات الساخنة أو المكاوي التي تجعد الشعر فيجب أن لا تستعمل وهي ساخنة جداً وأن لا يكرر استعمالها كثيراً.

نزع الشعر غير المرغوب فيه: إن كثيراً من النساء والرجال ينزعون الشعر بانتظام من مناطق معينة، وعادة، يُنزع الشعر حسب رغبة الشخص ذاته.

إن معظم طرق نزع الشعر لا تزيله بشكل دائم، وأكثر هذه الطرق شيوعاً هي:

1) الحلاقة: الحلاقة طريقة مناسبة لمعظم أجزاء الجسم لكنها قد تهيج وتخشن الجلد إذا طبقت على الوجه.
2) البخاخات والكريمات المزيلة للشعر: وهي مناسبة لإزالة الشعر من كافة أجزاء الجسم، ولكنها قد تهيج الجلد.
3) الكشط: طريقة مناسبة لمعظم أجزاء الجسم لكنها قد تهيج الجلد.
4) الاقتلاع أو النتف: تستعمل هذه الطريقة لمناطق صغيرة كالحواجب. وتنزع الأشعار واحدة بعد الأخرى ولها نتائج طويلة الأمد.
5) استعمال الشمع: طريقة مناسبة لمعظم أجزاء الجسم ولها نتائج طويلة الأمد.
6) الأدوات الكهربائية: عادة لها نتائج دائمة، ولكن يجب أن تجري من قبل مختص، وتطبق على مناطق صغيرة وخصوصاً الوجه.

الأشعار الناشبة (الغارزة) (Ingrown hairs)

تبقى الأشعار غارزة لأحد سببين: أولهما: تشكُّل الجيب الشعري، وثانيهما: التهاب الجريبات الشعرية الكاذب.

يحدث الجيب الشعري، عندما تتعرقل شعرة أو شعرتان فأكثر، داخل الجلد ولا تستطيع الخروج إلى ما فوقه، ما بين الردفين في منطقة العجز، مسببة انتفاخاً مؤلماً أو بثرة يتسرب منها سائل أو قيح. هذا الوضع كثير الشيوع عند الشباب من الرجال، وخاصة عند أولئك الذين يعانون من إفراط أو كثرة في شعر البدن، أو من السمنة.

ويحدث التهاب الجريبات الكاذب عندما تتعرقل أشعار الوجه عن البزوغ وتحدث انتفاخات صغيرة أو بثرات في أجزاء من الوجه، وهذه الحالة تصيب بشكل كثيف الذكور ذوي البشرة الغامقة.

العلاج: لدى مراجعة الطبيب، إن كانت الجريبات الشعرية في المراحل الأولى من تطورها، فيمكن معالجتها وشفاؤها بشكل ناجح تماماً، بإزالة السائل والأشعار المتشابكة ببساطة، ومن المعتاد أن تستأصل هذه الجريبات جراحياً، ويمكن إغلاق الجرح الناتج عنها بعدة غرزات. ومن الواجب عندئذ الحفاظ على جلد هذه المنطقة (بين الردفين) نظيفاً وجافاً فذلك يساعد على تجنب معاودة الجريبات.

أما علاج التهاب الجريبات الكاذب فيتم، ببساطة، بإطلاق الذقن.

الصلع (Baldness)

الصلع (غالباً) حالة طبيعية تلاحظ عند كثير من الرجال (وعند بعض النساء أيضاً)، خاصة بين أفراد العائلة الواحدة، والنموذج الاعتيادي للصلع هو زوال الشعر في المنطقة الأمامية من فروة الرأس في حين يخف مقداره في أعلى الرأس.

يلاحظ، وعلى مر الزمن، وجود فقدان للشعر عند معظم النساء وهذا الأمر يعتبر طبيعياً تفعله السنون في الإنسان، كما يلاحظ بالنسبة للنساء المنجبات أن شعرهنّ يتساقط بوضوح بعد ثلاثة أشهر من الولادة، ثمَّ يعود لينمو من جديد في الأسابيع أو الأشهر اللاحقة.

في بعض الحالات النادرة قد يكون الصلع مؤقتاً، وبسبب اضطرابات جسمية عنيفة كالإصابة بمرض شديد الوقع على الإنسان، فيلاحظ توقف نمو الشعر أثناء المرض ثمَّ، وبعد ثلاثة أشهر، يتساقط كاملاً، وفي مرحلة لاحقة يعود للنمو من جديد، وفي بعض الحالات المرضية الشديدة والطويلة مثل أمراض الغدة الدرقية (ص 681) أو نقص الحديد (ص 515) لا يتساقط الشعر فقط بل يفقد لمعانه ونعومته ورونقه، وفي مثل هذه الحالات إذا عولج المرض المسبب بشكل فعال يعود للشعر طبيعته السابقة.

بعض الأمراض الجلدية، مثل تصلب الجلد (ص 730) قد تدمر جريبات الشعر، وإذا لم تعالج بشكل فعال ومبكر فإنها قد تخلف وراءها مساحات من الصلع الدائم.

إنَّ بعض أشكال المعالجات، وعلى الأخص المعالجات بالأشعة والعقاقير السامة للخلايا، التي تستعمل لعلاج السرطان، يمكن أن تسبب فقداناً جزئياً أو كلياً للشعر. ولكن بشكل عام يعود الشعر للنمو بعد انتهاء العلاج.

أخيراً هناك أمراض تسبب فقداناً جزئياً على شكل بقع خالية تماماً من الشعر، أو تسبب فقداناً كلياً له، بحيث تكون فروة الرأس المكشوفة ذات الجلد الطبيعي محتوية على قليل من الشعر الأبيض الناعم (وبر).

العلاج: إذا كنت مصاباً بالصلع ولم تتقبل ذلك، فعليك اقتناء شعر صناعي (باروكة)، أو أن تلجأ إلى جراحة زرع الشعر، وهذا يدوم لعدة سنوات عادة.

الداحس (Paronychia)

هو خمج تسببه الجراثيم أو الفطور، ويصيب الجلد المجاور للظفر، إما عند الجليدة (Cuticle) في قاعدة الظفر، أو عند الطيَّة على جانب الظفر. وهذه الحالة تحدث، بشكل خاص، عند الناس الذين يقضون وقتاً طويلاً وأيديهم في الماء. وتكون الأخماج الناتجة عن الجراثيم عادة حادة وقوية وشديدة. وأما الأخماج الناتجة عن الفطور ـ المبيضَّة منها بشكل خاص التي تسبب السلاق الفموي (ص 564) ـ فهي تكون عادة أخماجاً مزمنة تتطور بشكل بطيء، وأقل ألماً ولكنها تستمر لفترة طويلة.

الأعراض: في حالات الداحس الحادة فإن الجليدة وطيَّة الجلد تتوذمان وتصبحان محمرتين ومؤلمتين، وإذا نُزعت الجليدة من قاعدة الظفر وضغط عليها فيمكن أن يخرج من تحتها القيح. وعندما تصاب قاعدة الظفر فإن بثرة من القيح (تسمى أيضاً داحس) تتطور على طول الظفر، كما يمكن لأخماج مزمنة أن تسبب أعراضاً مشابهة وإن كانت أقل مشاهدة. ولهذا يهترىء الجلد حول عدة أظافر فتصبح جذورها غير محمية أبداً بالجليدة مما يؤدي إلى تأذيها، ومن حيث النتيجة تصبح الأظافر مشوهة أو عديمة اللون. أحياناً يمكن للفطور أن تغزو الأظافر فتجعلها ثخينة سميكة وطبشورية.

العلاج: يمكن حماية الأظافر من الإصابة بالداحس بارتداء قفازات مطاطية وتحتها قفازات قطنية عند بلل اليدين بالماء. فإذا أصيب المرء بالداحس، وكان السبب جرثومياً، فيمكن تناول المضادات الحيوية، ويكون ذلك كافياً للشفاء في مراحل الإصابة الأولى. أما إذا كان القيح قد تجمع فعندها يثقب الطبيب البثرة ويسمح للقيح بالخروج، مما يخفف الألم. أما إذا أصبح الخمج مزمناً، فربما يصف مرهماً أو طلاءً مضاداً للفطور لدهن الأظافر بعد غسل اليدين وتجفيفهما، ولا داعي لجعل المرهم يدخل تحت الظفر، وبعد عدة أشهر من المعالجة

تعود الجليدات المرتفعة إلى طبيعتها وتخمد التوذمات. فإذا فشل هذا العلاج فإن الطبيب سيصف حبوباً مضادة للفطور تستعمل حتى الشفاء التام، وينمو جلد جديد وتستبدل الأظافر المشوهة بأظافر طبيعية.

الأظافر المشوهة وعديمة اللون (Deformed and discolored nails)

تصبح الأظافر عادة مشوهة و/أو عديمة اللون بسبب أذىً أو مرض أصابها. والأذى الذي يصيب المنطقة المكوِّنة للظفر، والتي هي منطقة تحت الجليدة، يتسبب به أحياناً ضغط مستمر من حذاء غير مناسب، أو نقص في دوران الدم ناتج عن تصلب الشرايين (ص 491) مما يؤدي إلى ثخانة كامل الظفر.

إن كثيراً من الاضطرابات يمكن أن تسبب تشوهات في الظفر، فالصداف (ص 265)، والحزاز المسطح (ص 276)، والداحس المزمن (الفقرة السابقة) يمكن أن تؤدي إلى جعل نهايات الظفر مسننة ومنفصلة عن الجلد المحيط، فإذا تسللت الجراثيم إلى هذه الفراغات فإنها ستحيل لون الظفر إلى أخضر مسودٍّ، كما أن فقر الدم الناتج عن نقص الحديد (ص 515) يمكن أن يجعل الأظافر تأخذ شكل الملعقة، وإن مرض سرطان الرئة (ص 436)، واضطرابات القلب الولادية (ص 880) يمكن أن يسببا تعجراً أو ضخامة على شكل عقد في نهايات أصابع اليدين والقدمين، وعندئذ تنمو الأظافر مائلة حول هذه النهايات. وقد يظهر في الأظافر ميزاب أو أخدود عرضي بعد أي مرض أو نمو ضعيف مؤقت فيها سرعان ما يزول بسبب نمو الظفر المستمر.

تؤدي عدة أمراض إلى انعدام لون الأظافر، فتبدو شاحبة في مرض فقر الدم (ص 514)، وتبدو بيضاء في مرض الكبد المزمن، وتظهر مناطق سوداء صغيرة تشبه الشظية تحت الأظافر في حالات أمراض صمامات القلب (ص 476)، وفي حالة الذأب الحمامي المجموعي (ص 728) وفي حالات التهاب الشرايين المتعدد العقدي (ص 727).

إن أي أذى يصيب الظفر، حتى نقص لڤيتامين أو معدن نادرين، يمكن أن يسبب ظهور بقعة بيضاء صغيرة أو بقعاً تظهر في الظفر تتحرك صعوداً باتجاه الأمام مع نمو الظفر المستمر. (راجع المظاهر المرئية للأمراض رقم 40 ص 252).

قد ينحني ظفر إبهام القدم أحياناً ويدخل في اللحم تحت طرف الأصبع، ويحفر فيه مسبباً ألماً كلما طال أو نما، ومحدثاً أذىً في الجلد قد لا يشفى أبداً.

العلاج: إن ما تسببه الأمراض من تشوهات وانعدام لون الأظافر، يكون واضحاً تماماً بعد شفاء المرض المسبب. فالأظافر التي تأذت بسبب المرض تعود لتنمو بشكل طبيعي خلال ستة أشهر، أما إذا استمر الظفر ينمو مشوهاً فيراجع الطبيب.

إذا كنت تعاني من ظفر قدم ناشب، فحاول أن تتبع التعليمات التالية:

استعمل حذاءً مناسباً رخواً لا يسبب أي ضغط على الإبهام واحفظ المنطقة نظيفة وجافة. قص ظفرك بشكل مستقيم وليس على شكل نصف دائرة (وهذا هام) من الأعلى. وإذا استمر الألم يتفاقم ويزداد، راجع طبيبك، فأحياناً يجد الطبيب أنه من الأفضل إجراء عملية جراحية صغيرة لنزع طرف الظفر الناشب وطيته التابعة له. وبعد ذلك استمر في تطبيق التعليمات الواردة أعلاه حتى لا تعود الحالة مرة ثانية.

العناية بالأظافر

من أجل المحافظة على أظافر سليمة وجيدة تطبق الإرشادات التالية:

1 - حماية اليدين من البلل الطويل الأمد خاصة إذا كان الماء حاوياً على الصابون والمنظفات.

2 - حفظ الأظافر قصيرة حتى لا تتشقق وتنفصم وتلتقط الأوساخ.

3 - قص الأظافر بانتظام مع الأخذ بعين الاعتبار قص أظافر أصابع القدم بشكل مستقيم أكثر منه مدور (فهذا يؤذي الجلد عند زوايا الظفر).

4 - ترك الجليدات دون أية مداخلة عليها، أو دفعها إلى الأسفل بملقط الجليدة أو بظفر اليد الأخرى.

5 - تنزع الرقاقات الزائدة من طلاء الأظافر دون استعمال مزيل طلاء الأظافر لأنه يؤذيها ويؤدي إلى ضعفها وهشاشتها، لذلك ننصح بعدم استعماله أبداً، أو استعماله مرة واحدة في الأسبوع.

6 - أخبر الطبيب عن أي ألم أو احمرار أو توذم حول الظفر، وهذا هام خاصة لكبار السن وللمصابين بالسكري، حيث من الضروري إجراء معالجة باكرة جداً لأخماج الأظافر، لتجنب أية مضاعفات.

الفصل الثاني

اضطرابات الدماغ والجهاز العصبي

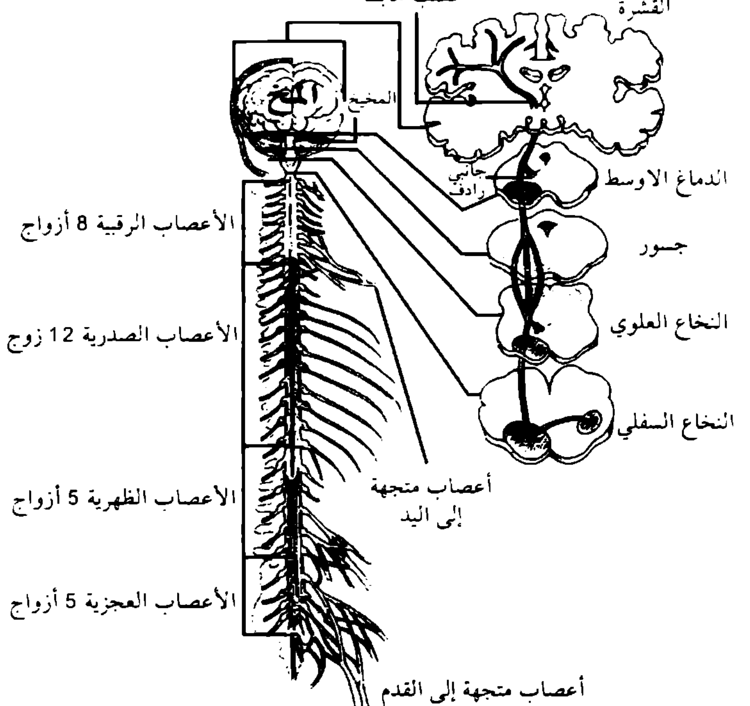
(Disorders of the brain and nervous system)

إن تراكيب وأعمال ومنجزات الجهاز العصبي معقدة لدرجة تفوق كثيراً تصور الإنسان. وهو يتألف من قسمين: الجهاز المركزي والجهاز المحيطي.

الجهاز المركزي (Central system): يتألف من الدماغ والنخاع الشوكي، وكلاهما يحتوي على ألياف عصبية.

الجهاز المحيطي (Peripheral system): هو شبكة واسعة من الأعصاب المنتشرة في كامل الجسم منها أعصاب حسية ومنها أعصاب حركية.

ولتبسيط الأمر نقول إن الدماغ هو مركز القيادة والإدارة، والنخاع الشوكي هو واسطة الاتصال بين الجهاز المحيطي والقيادة (الدماغ). فالأعصاب المحيطية تخرج من النخاع الشوكي على طول العمود الفقري وعند مستويات مختلفة لتعصب كامل الجسم، وهذه بدورها تنقل المعلومات إلى النخاع الشوكي ومنه إلى الدماغ، ثم تعود المعلومات مرة ثانية من الدماغ إلى النخاع الشوكي فالأعصاب المحيطية.



الجهاز العصبي: يتألف الجهاز العصبي من الدماغ والنخاع الشوكي (وهما مع بعضهما يشكلان الجهاز العصبي المركزي)، ومن الأعصاب القحفية التي تخرج من الدماغ إلى الرأس، والأعصاب المحيطية التي تنطلق من النخاع الشوكي إلى كافة أنحاء الجسم الأخرى، وتسمى الأعصاب المحيطية بأسماء أجزاء الصلب الأربعة وهي: المنطقة العنقية والصدرية والقطنية والعجزية.

الجهاز العصبي المركزي (الدماغ والنخاع الشوكي) والأعصاب الصادرة عن النخاع الشوكي

يتحكم هذا الجهاز بكامل النشاطات الإرادية، ويُحَافَظْ آلياً على وضعية الجسم وتوتر العضلات بواسطة مجموعة من المنعكسات العصبية . أما عمل الأوعية الدموية، وحركة الأمعاء وعمل الأعضاء الداخلية الأخرى، فيتم السيطرة عليها عن طريق جهاز عصبي آخر يدعى الجهاز العصبي المستقل، ويتحكم هذا الجهاز أيضاً بضربات القلب وضغط الدم ودرجة حرارة الجسم. وفي الواقع فإن كافة نشاطات الجهاز العصبي المستقل لا إرادية، أو منعكسة، ولكن تذكر أن بعض الأشخاص يستطيعون التحكم بشكل إرادي ببعض هذه النشاطات عن طريق اليوغا (Yoga) أو طرق مشابهة لها.

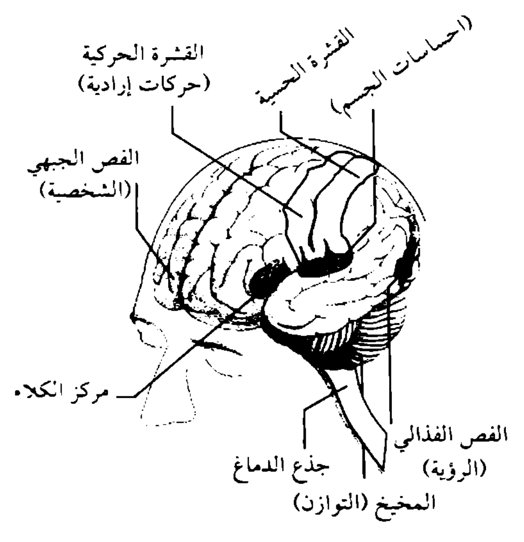
يتعرض الجهاز العصبي لمختلف المشاكل التي تصيب أجهزة الجسم، فالخلل الذي يصيب ذلك الجزء من جهاز الدوران الذي يزود الدماغ بالدم يمكن أن يؤدي إلى تلف في خلاياه، ومن الممكن أيضاً أن تتلف خلايا الدماغ بسبب ما يلحق بها من أذى نتيجة الأذيات أو الأخماج أو الذيفانات أو التنكسات، أو نتيجة خلل تركيبي أو أورام. وبسبب تعقيدات هذه الأمور من الممكن أن يسبب أذى الدماغ أو النخاع الشوكي أو الجهاز العصبي المحيطي أعراضاً تختلف تماماً كل منها عن الأخرى، ومن بين هذه الأعراض على سبيل المثال، الصداع، الدوار، فقدان التوازن أو التناسق، ضعف، تنمل، رعاش، فقدان ذاكرة، صعوبة في التفكير أو في فهم الكلمات، نوبات صرعية وفقدان وعي وغيرها.

إذا راجعت طبيبك تستشيره في أعراض تتعلق بالجهاز العصبي فتذكر أنه يترتب عليك إعطاؤه أجوبة ومعلومات واضحة ودقيقة قدر الإمكان.

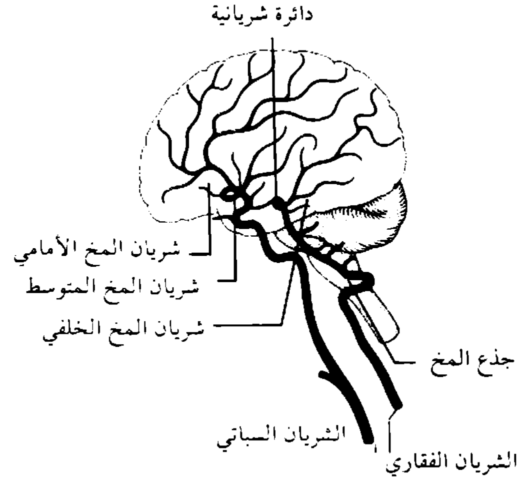
الدماغ: يقع الدماغ داخل الجمجمة في القسم الخلفي والأعلى منها، ويتألف من ثلاثة أقسام رئيسية هي: نصفا الكرة المخية المتشابهين (المخ)، والمخيخ، وجذع الدماغ.

أما نصفا الكرة المخية فهما مسؤولان عن التحكم بوظائف راقية كالنطق والذاكرة والذكاء، وبعضاً من هذه الوظائف لها مراكزها الخاصة بها في الدماغ، على سبيل المثال، مركز النطق يتحكم بالنطق، فإذا أصيب هذا المركز بسكتة دماغية فإن القدرة على النطق هي التي تتأثر، وأما الوظائف الأخرى كالذاكرة فلا يمكن تحديد موقعها، ولكن على ما يبدو أن نصفي الكرة المخية هما اللذان يتحكمان بها عادة.

يتوضع المخيخ تحت نصفي الكرة المخية، ويتحكم بنشاطات معينة، والتي هي دون الشعور أو أنها واعية جزئياً وخاصة حركات التناسق والمحافظة على التوازن. ويندمج جذع الدماغ بأعلى النخاع الشوكي، ويحتفظ بوظائف الجسم الحيوية مثل التنفس والدوران، وتسير إشارات الأعصاب باتجاه أعلى وأسفل النخاع الشوكي، الذي هو واسطة الربط بين الدماغ وباقي أجزاء الجسم.

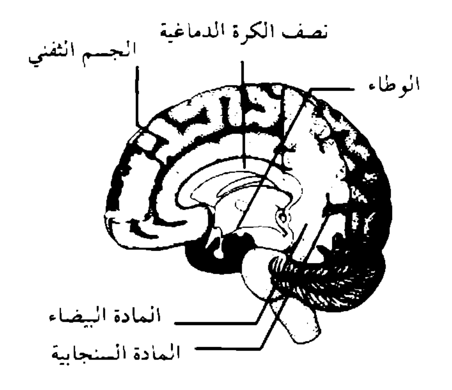


الدماغ



شرايين الدماغ الرئيسية

شرايين الدماغ الرئيسية: يسير الشريانان الفقاري والسباتي ويقطعان الرقبة باتجاه الدماغ لتزويده بالدم، وفي أسفل الدماغ يشكلان شبكة أو دائرة تنطلق منها شرايين أخرى ـ شريان المخ الأمامي وشريان المخ المتوسط وشريان المخ الخلفي ـ إلى أقسام الدماغ الأخرى.



مقطع في الدماغ

البنية الداخلية للدماغ: يوضح المقطع الطولي للدماغ، الجسم الثفني الذي يصل بين نصفي الكرة المخية، وكل نصف كرة مخية مكون من لب به مادة بيضاء تحيط بها طبقة من مادة سنجابية. ويتحكم الوطاء المتوضع في قاعدة الدماغ بالنوم والشهية للطعام والرغبة الجنسية.

ـ 1 ـ
الاضطرابات الوعائية (Vascular disorders)

هناك أربعة أوعية دموية رئيسية تزود الدماغ بالدم لتؤمن له المواد الغذائية اللازمة والأكسجين الضروري، هي: الشريانان الرئيسيان السباتيان في الجهة الأمامية للعنق، والشريانان الفقاريان اللذان يسيران في قناتين عظميتين محميتين في الجزء العنقي من الصلب (العمود الفقري). وتلتقي الشرايين الرئيسية في قاعدة الدماغ لتشكل الجهاز الوعائي الدوراني الخاص بالدماغ على شكل دائرة (أو شبكة) من الأوعية تقوم فروعها بتزويد الدم إلى كافة أقسامه، لذلك فالمنطقة التي تعتمد في تغذيتها على فرع واحد فقط من هذه الشبكة معرضة بشكل خاص لأي اضطراب يحصل في تدفق الدم.

ندرس فيما يلي أهم إصابات الدماغ الناتجة عن اضطرابات أوعيته الدموية كالسكتة التي يسببها نقص إمداد الدم، أو نزف الشرايين المؤوفة في نسيج الدماغ، وهي آفات خطيرة تصحبها هجمات قوية تهدد الحياة وتتطلب عناية طبية مشددة وفورية.

السكتة (الدماغية) (Stroke)

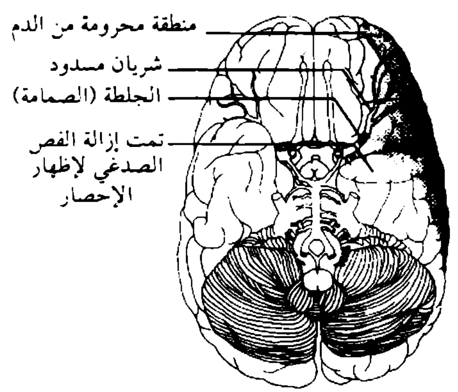
تحصل السكتة عندما يتأذى جزء من الدماغ بسبب اضطراب ترويته الدموية، ونتيجة لذلك تتدهور الوظائف الذهنية أو الجسمية الواقعة تحت إشراف هذا الجزء المتأذي. تنجم السكتة عن واحد من ثلاثة أنماط من الاضطرابات الوعائية:

الجلطة الدماغية (Cerebral thrombosis)

الصمة الدماغية (Cerebral embolism)

النزف الدماغي (Cerebral hemorrhage)

يمكن أن يحدث الاضطراب الأول (الجلطة) إذا أصيب أحد الشرايين، التي تزود الدماغ بالدم، بالتضيق، ،هذا ينجم عادة عن التصلب العصيدي (ص 444)، إذ يمكن أن تنفصل لويحة أو رُسَابَة كبيرة (راجع التعريف ص 444) من نسيج دهني عند القسم المتضيق والمتخشن من الشريان المصاب، مما يخلق وضعاً يمكن أن يتجلط فيه الدم ويشكل جلطة أو خثرة، وهذه الجلطة قد تكبر إلى أن تسد الشريان جزئياً أو كلياً.



الخثار المخي: لقد أصبح الشريان الدماغي الأوسط الأيسر (يشاهد هنا من الأسفل بعد نزع جزء من الفص الصدغي المغطي له)، مسدوداً مما أدى لانقطاع التروية الدموية عن جزء من الدماغ. وإن الافتقار للدم الناتج عن ذلك يمكن أن يسبب أعراضاً مثل الضعف والشلل وفقدان الحس في الشق الأيمن من الجسم.

أما الصمة الدماغية، فهي أيضاً انسداد قد ينجم عن نوع من مادة غريبة أو صمامة قد تكون عبارة عن جزء (كَسْرَة) من جدار شرياني، أو جلطة دموية صغيرة آتية من شريان متخشن أو قلب مؤوف، حيث يحمل تيار الدم هذه الجلطة إلى أن تنحشر في أحد الشرايين التي تزود الدماغ بالدم.

وفي النزيف الدماغي ليس هناك انسداد شرياني، بل يخرج الدم من الشريان الدماغي المتمزق إلى ما حوله من النسيج الدماغي، ويستمر ذلك النزف حتى يتوقف بفعل تجلط الدم. أو بفعل ضغط الدم المتراكم خارج الشريان المتمزق على منطقة التمزق. ربما تكون التأثيرات البدئية للنزف أشد من تلك الناجمة عن الجلطة أو الصمة، إلاّ أنّ التأثيرات المديدة لجميع أنواع السكتة متماثلة، **ونتائج السكتة مهما كان سببها تعتمد على جزء الدماغ المصاب ومدى تأذيه.**

الأعراض: إنّ العديد من أعراض السكتة مرعب جداً، إذ قد يستيقظ المصاب من نومه ليجد نفسه عاجزاً عن الكلام أو تحريك جزء من جسمه، أو قد يشعر أثناء يقظته أن أحد ذراعيه أو ساقيه قد أصبح ثقيلاً متنملاً أو غير خاضع لسيطرته.

تبدأ السكتة أحياناً بفقد وعي مفاجيء، ومن بين الأعراض الأخرى العديدة الممكنة هناك الصداع والتنمل والزَيَغان البصري أو الشَفَع والتخليط والدوام، وغالباً ما تصاب وظائف أحد شقي الجسم فقط، وهذا يعود إلى أنَّ الأذية تكون محدودة عادة بأحد نصفي الدماغ إذ يراقب كل نصف دماغ أحد شقي الجسم فقط.

يوجد على سطح الدماغ باحات معينة تشرف على أجزاء محددة من الجسم، أو على وظائف محددة مثل الإبصار أو الذاكرة أو الكلام، ولذلك هناك نموذج وصفي للأعراض التي تدل على الشريان الدماغي الذي ساءت وظيفته، فمثلاً قد يشعر المصاب فقط بالضعف أو التنمل في ذراعه أو يده أو في أحد شقي وجهه، أما إذا أصابت السكتة جذع الدماغ فقد تتأثر عندئذ وظائف محددة مثل البلع.

تسبب السكتة عادة فقد الحس كلياً أو جزئياً في أجزاء الجسم المصابة، وعلى أية حال فإنّ أعراض السكتة، بخلاف أعراض هجمة الإقفار العابرة (البحث التالي) تدوم على الأقل (24) ساعة وعادة أطول من ذلك.

المضاعفات: تنجم السكتات غالباً عن التصلب العصيدي (ص 444) وارتفاع ضغط الدم (ص 463)، وهي من الأسباب الشائعة للموت المفاجيء.

يبلغ معظم الأشخاص الذين يصابون بالسكتة الدماغية الخامسة والستين من العمر (ويصاب الرجال أكثر من النساء) ويكونون عادة مصابين بتضيق في الأوعية الدموية، بسبب التصلب العصيدي، وبارتفاع ضغط الدم، هذا وإنَّ ارتفاع ضغط الدم ارتفاعاً كبيراً في أي عمر يمكن أن يحدث سكتة، بسبب إضعافه للجدران الشريانية.

وسواء كان ضغط الدم مرتفعاً ارتفاعاً خطيراً أم لا فإن المدخنين بإفراط أكثر عُرضة من الآخرين للإصابة بالسكتة، ويبدو أيضاً أنَّ السكتات أكثر وقوعاً بين المصابين بالداء السكري والمصابين بارتفاع كولسترول الدم.

إنَّ واحدة من كل ثلاث سكتات تكون مميتة، وواحدة من كل ثلاث سكتات تسبب أذية دائمة وعجزاً مستمراً، كما أنَّ واحدة من كل ثلاث سكتات لا تترك آثاراً مرضية دائمة.

العلاج: إذا ظهرت أعراض توحي بالإصابة بالسكتة، عند أي شخص كان، فيجب طلب العون الطبي فوراً، وما لم تكن الإصابة خفيفة جداً، وما لم يكن الضعف أو التنمل أو الدُوام عابراً ليوم أو يومين فقط فمن المرجح أن يُطلب من المصاب دخول المستشفى. ولتقييم وضعه تقييماً شاملاً فإنَّ الطبيب قد يحتاج لإجراء مخطط كهربائي للقلب وصور شعاعية للجمجمة

والصدر، ورغم أنَّ المعالجة العامة لجميع أشكال السكتة الثلاثة هي واحدة من حيث الأساس، فقد تكون هنالك حاجة لإجراء أشكال مختلفة من الاستقصاءات بغية تحديد سبب وموقع الاضطراب، فإذا ما وُجد سبب يدعو للاعتقاد بأنَّ السكتة ناجمة عن صَمَّة فقد يطلب الطبيب إجراء صور شعاعية خاصة لشرياني العنق السباتيين، فإذا تبين وجود صمامة في مكان ما منهما، فمن الممكن إجراء جراحة وإزالتها، لاتقاء مزيد من السكتات من هذا المصدر (راجع التعاريف ص 9).

إذا فقد أحد الأشخاص وعيه فقد يكون ذلك ناجماً عن سكتة، ومهما يكن السبب فيجب طلب العون الطبي المؤهل، ولحين وصوله، تنفذ تدابير إسعاف المصاب بهجمة قلبية (ص 960).

علماً أنه في حالات السكتة، غالباً، يكون المصاب فاقد الوعي، ظاهرياً، لكنه يدرك ما يجري حوله ويسمع ما يقوله الآخرون، ولذلك يفضل التفوه بكلمات تطمئنه على حالته فربما يكون ذلك مفيداً.

العلاج الذاتي: لا يمكن فعل أي شيء عند الإصابة بالسكتة، ولكن يمكن فعل الكثير لتجنب حدوثها أو اتقاء تكرارها، ينصح بتفقد الضغط الدموي دورياً، فإذا كان مرتفعاً يجب تناول الأدوية التي يصفها الطبيب بدقة، وعدم التدخين وعدم الإفراط في تناول الطعام وخاصة الأطعمة الدهنية، مع ممارسة التمارين الرياضية باعتدال.

العلاج الاختصاصي: إنَّ ما يهم الطبيب، بالدرجة الأولى، هو اكتشاف سبب السكتة الحقيقي ليتمكن من تقديم المعالجة التي تقلِّل من أذية الدماغ، وهذا قد يتطلب إجراء سلسلة من الاختبارات التشخيصية.

لقد تمَّ إدخال العديد من الطرائق الحديثة لتصوير الدماغ دون وجود خطر على حياة المريض بل دون إزعاجه، فالتصوير الطبقي المحوري (C.A.T. SCAN) والرسم بالرنين المغناطيسي (M.R.I.) والتفريس بالنظائر المشعة (Radioisotope scanning) (راجع التعاريف ص 9) يبين بدقة المناطق المصابة من الدماغ، وما إذا كانت السكتة ناجمة عن تجلط أو نزف دموي.

قد تتم المعالجة بالأدوية المضادة للتجلط، أو الحالَّة للجلطة، وذلك لتفتيت الجلطة الدموية أو منعها من التوغل بعيداً في الدوران الدماغي، وبخلاف ذلك فقد يُنصح بالجراحة لإزالة الضغط عن الدماغ، أو لتجاوز الأوعية الدموية المؤوفة.

إنَّ المسالك العصبية المتأذية بشدة لا يمكن أبداً إعادة تجديدها، إلاَّ أنَّ أجزاء الدماغ السليمة غالباً ما تتعلم أن تستلم الإشراف على وظيفة تم فقدانها بسبب السكتة؛ فقد تتحسن الحركة الضعيفة أو الكلام المعطوب تحسناً عظيماً بالعلاج، لا سيما إذا تمتع المريض

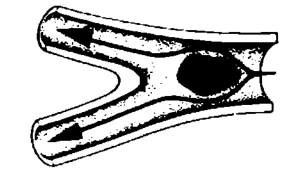
بمعنويات مرتفعة، ومع ذلك إذا كان المريض مسناً وذا صحة معلولة ويعاني من العُتْه فقد تقتصر المعالجة على إعادة تأهيل بسيطة.

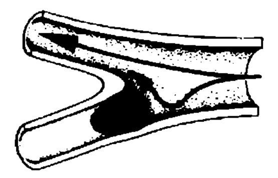
تشكل الوقاية من الجلطات اللاحقة أهمية قصوى، فيطلب من المريض ترك التدخين، وعليه أن يتناول جرعات منتظمة من أدوية المدرات البولية للمحافظة على الضغط الدموي منخفضاً. أما إذا كانت السكتة ناجمة عن انصمام فقد يُنصح بإزالة المادة الحاصرة للشريان جراحياً، كما ينصح بالجراحة أيضاً إذا كان أحد الشرايين الرئيسة متضيقاً؛ إذ أن ذلك يحسن الإمداد الدموي للدماغ ويخفف إمكانية حدوث المزيد من السكتات، وإذا كان الشريان المصاب في العنق فإنّ القسم المسدود أو المتضيق يمكن أن يُسَلَّك (يُفتح) أو يُستبدل بطعم صنعي، وقد يحتاج الشريان المسدود الواقع في عمق الرأس لإجراء مَجَازَة من طعم من أحد الشرايين الكبيرة في الفروة وذلك بغية تأمين إمداد دموي جديد لمنطقة الوعاء المسدود الذي كان يمد الباحة المتأذية من الدماغ بالدم.

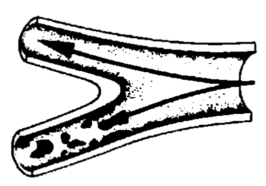
إذا كانت الجراحة متعذرة، فقد يصف الطبيب العقاقير المضادة للتجلط لاستعمالها طوال بقية الحياة، ومثل هذه العقاقير تدعى «مميعات الدم»، حيث يساعد ذلك على الوقاية من تشكل المزيد من الجلطات حول البؤر الشاذة في جدران الشرايين.

هجمة الإقفار العابرة (Transient ischemic attack)

تحدث هجمة الإقفار العابرة بسبب إعاقة في تدفق الدم عبر الأوعية، إلى بعض الأنسجة، مما يسبب عدم حصول هذه الأنسجة على كفايتها من الأكسجين، فإذا أصابت نُسج الدماغ فإن أعراضها تشبه أعراض السكتة، إلا أنها تختلف عنها بأن الأعراض هنا تستمر فقط لفترة وجيزة، فمثلاً قد يدوم البدء المفاجيء لضعف أو تنمل يصيب أحد شقي الجسم لبضع دقائق أو ساعات ثم يختفي، في حين أن أعراض السكتة تدوم لأكثر من (24) ساعة، ومن الأهمية بمكان تفهم هذا الفرق، على أن هجمات الإقفار العابرة غالباً ما تكون إشارات لسكتة وشيكة، ولذلك يجب معالجة هذه الهجمات لمحاولة تجنب سكتة قد تقع لاحقاً محدثة أذية أخطر.


1 ـ إحصار شريان صغير في الدماغ


2 ـ الهجمة عابرة فحسب لأن التكتل سرعان ما يتفتت ويتبعثر


3 ـ استعادة التدفق الدموي

إن هجمة نقص التروية العابر غالباً ما تنجم عن تكتل الخلايا الدموية

يمكن أن ينجم تضيق أو انسداد الشرايين التي تزود الدماغ بالدم عن عدة عوامل، ومع ذلك فإن هجمة الإقفار غالباً ما تقع بسبب جلطة صغيرة، أو قطعة من لويحة (راجع التصلب العصيدي ص 444) تنقلع من جدار شريان أو صمام قلبي ويحملها الدم إلى الدماغ، وعندما تجتاز قطعة الجلطة أو اللويحة (والتي تدعى الصمامة (Embolus)) أوعية الدماغ الدموية، فإنها تعيق مؤقتاً تدفق الدم نحو باحة من أنسجة الدماغ مسببة أعراضاً شبيهة بالسكتة، وهذه الأعراض تتباين وفقاً لجزء الدماغ المصاب، ومع ذلك فقد يتم عودة الدوران بسرعة إلى وضعه الطبيعي، وبالتالي تشفى الأنسجة التي حُرِمَت من الدم مؤقتاً، ولذلك فإن الإحصار يكون عابراً أو محدود الأجل، ولكن من المرجح أن هذه المشكلة ستعاود في وقت لاحق.

الأعراض: إن الأعراض هنا مشابهة لأعراض السكتة ولكنها لا تدوم طويلاً، وقد تشمل الصداع أو الدُوام أو النخز أو التنمل أو الزَيَغان البصري أو الشفع أو التخليط أو عدم المقدرة على استعمال جزء في أحد شقي الجسم، وإذا ما أخذت الصمامة طريقها إلى الشريان الذي يغذي العين فقد يحدث عمى مؤقت في تلك العين.

المضاعفات: غالباً ما تنذر هجمات الإقفار العابرة بسكتة دماغية وشيكة الوقوع، وإن حوالي نصف الذين يصابون بهجمات إقفار عابرة يكونون عرضة للإصابة بسكتة في غضون خمس سنوات بعد الهجمة الأولى.

العلاج: إذا أصيب أي شخص كان بأعراض مشابهة للسكتة، أو بفقد الرؤية المفاجىء في أحد العينين فيجب مراجعة الطبيب فوراً، وتكون الخطوة التشخيصية الأولى هي محاولة تحديد مصدر الصمة المحتمل، والمصدر المرجح للصمّات هو أحد الشريانين السباتيين في العنق، ومن ثم فقد يحتاج لإجراء مخطط قلب كهربائي وصورة صدر شعاعية واختبارات تفريسية (راجع التعريف ص 9) أخرى وصور شعاعية خاصة تدعى تصوير الشرايين والأوعية الدموية التي قد تكون مصدر المشكلة.

إن غرض المعالجة هو محاولة اتقاء السكتة، والتدابير الوقائية المتخذة تعتمد أساساً على سن المصاب وحالته الصحية العامة، وقد تكون المعالجة الطبية، ببساطة، تناول قرص أسبرين واحد كل يوم طوال بقية الحياة، إذ يشكل الأسبرين سلاحاً جيداً ضد معاودة الهجمات لأنه يعمل كمضاد للتجلط فيخفض من احتمال تشكل جلطة دموية، كما قد يُوصف أدوية مضادة للتجلط أقوى من الأسبرين، وإذا أمكن تحديد موقع تضيق الشريان بدقة، أي مكان وجود العصيدة، أو الرسابة الدهنية المسببة للتضيق، فقد يصبح من الممكن إزالة هذا التضيق جراحياً لتحسين تدفق الدم.

النزف تحت العنكبوتية (Subarachnoid hemorrhage)

مثلما هو في النزوف الدماغية، فإن سبب النزف تحت العنكبوتية هو تمزق وعاء دموي.

ويختلف هذا الاضطراب عن النزف الدماغي بأن الدم ينسكب على سطح الدماغ وليس ضمن النسيج الدماغي. وهو يحصل عندما يتسرب الدم داخل المسافة تحت العنكبوتية، وهذا ينجم عادة عن أم دم متمزقة (ص 496) في جدار شريان دماغي، ويبقى الدم في السائل الدماغي الشوكي أو ينز في طريقه عبر الأم الحنون نحو النسيج الدماغي.

الأعراض: إن الصداع الحاد هو العرض الرئيسي للحالة، ويكون عادة أشد من الصداع العادي (ص 313) ومن صداع الشقيقة (ص 315)، وغالباً يتبع ذلك صلابة في العنق وعجز حقيقي عن تحمل الضوء الساطع، كما قد يحدث إغماء ودُوام وتخليط وَوَسَن (نعاس) وإقياء وغثيان، وقد يحدث فقد مفاجىء للوعي.

المضاعفات: يحدث النزف تحت العنكبوتية عادة لدى أشخاص في عمر (40 ـ 60) سنة، وهو أشيع قليلاً لدى النساء والمصابين بارتفاع ضغط الدم (ص 463) وبالداء السكري (ص 671)، وهؤلاء أكثر عرضة للإصابة بهذا الاضطراب.

إن حوالي (45%) ممن يصابون بهذا النزف ويفقدون وعيهم، يموتون، وإن واحداً من كل ثلاثة أشخاص نجوا من الإصابة الأولى معرضون للإصابة مرات أخرى، وقد يحدث عطب دماغي دائم بسبب ضغط الدم النازف على سطح الدماغ. وفي العديد من الحالات تحدث أعراض شبيهة بأعراض السكتة بسبب انتشار الدم إلى داخل النسيج الدماغي أو بسبب تقبض الأوعية الدموية.

العلاج: إذا أصيب أي شخص بصداع شديد مفاجىء خاصة إذا ترافق بتصلب العنق أو التحسس للضوء، يستدعى الطبيب دونما إبطاء، وإذا اشتكى شخص، من صداع مفاجىء ثم دخل في فقدان الوعي فهناك سببان محتملان لذلك وهما: السكتة أو النزف تحت العنكبوتية. وفي أي الحالتين، وأثناء انتظار وصول الطبيب، تتبع تعليمات التعامل مع شخص فقد وعيه (ص 961).

إنَّ الخطوة الأولى بالنسبة للطبيب تجاه فاقد الوعي هي أن يباشر بالتدابير اللازمة للمحافظة على حياته بتأمين الدوران والتنفس، والخطوة الثانية هنا هي إجراء تصوير طبقي محوري، أو رسم للدماغ بالرنين المغناطيسي (راجع التعريف ص 9) للتمييز بين السببين المحتملين، فإذا أظهرت النتائج وجود نزف تحت العنكبوتية فقد تدعو الحالة لإجراء بزل قطني للمصاب، وهو إجراء يتضمن أخذ عينة من السائل الدماغي الشوكي (إنّ السَّائل الموجود في المسافة تحت العنكبوتية، في كل من الدماغ والحبل الشوكي، هو سائل واحد) والمكان الأسهل لأخذ العينة والتحقق من وجود الدم فيها هو الناحية القطنية عند قاعدة العمود الفقري، فإذا تأكد وجود الدم فيه فإنَّ الشاغل الرئيسي للطبيب هو اتقاء المزيد من النزف، مع العلم أنه لا يمكن لأي دواء أن يشفي الشريان المنفجر، ولكن إذا نجا المصاب في الأيام القليلة الأولى بعد حدوث النزف تحت العنكبوتية فإنَّ التمزق الذي سبب المشكلة يحتمل أن يكون قد انغلق

مؤقتاً بالتجلط الطبيعي للدم وبدأت مرحلة الشفاء، وتكون المعالجة الأساسية عندئذ هي عدة أسابيع من الراحة في السرير (في المستشفى عادة)، حيث يكون أحد أهداف هذه الراحة هو إعداد المصاب للجراحة (في بعض الحالات تُجرى الجراحة بعد النزف مباشرة دون فترة راحة طويلة)، وخلال هذه الفترة ينصح الطبيب بتناول المسكنات لتخفيف الصداع ودواء خافض لضغط الدم إذا كان مرتفعاً، كما قد يصف دواء يقلل من خطورة النزف الثانوي، وبعد عدة أيام قد يجري صوراً شعاعية خاصة للشرايين الكبرى المغذية للدماغ، وهذا ما يُدعى تصوير الشرايين، وذلك بغية تحديد موقع أمهات الدم أو البؤر المعيبة في جدران الشرايين، فإذا دلَّ التصوير على احتمال حدوث هجمات لاحقة تجرى معالجة جراحية لسد أم الدم بملقط صغير لاتقاء المزيد من تسرب الدم.

وإذا استعاد المصاب وعيه، بعد هجمة نزف كبرى تحت العنكبوتية ونجا لفترة ستة أشهر دون مشكلات إضافية، فالمرجح أنه أصبح خارج نطاق الخطر، وأنَّ فرص الشفاء التام بالجراحة، إن نُصح بها، جيدة جداً، والعطب المتبقي بسبب هجمة نزف يرتبط بالنواحي المصابة من الدماغ، فربما تطول فترة شفاء الشلل الجزئي أو الضعف أو التنمل، أو ربما يصبح دائماً، مع صعوبة في الرؤيا والنطق أحياناً، وفي كل الأحوال يجب مراقبة الضغط الدموي بانتظام بحيث تتم السيطرة عليه إذا كان مرتفعاً.

النزف والورم الدموي تحت الجافية (Subdural hemorrhage and hematoma)

الأم الجافية هي الطبقة المحيطية من الغلاف الذي يغطي الدماغ، المسمى، السحايا، وحالة النزف تحت الجافية تحدث عندما يتسرب الدم ـ لسبب ما ـ من الأوعية الدموية إلى المسافة الواقعة تحت الأم الجافية، وهذا يختلف عن النزف خارج الجافية في أن الأوعية المتمزقة تقع على باطن الأم الجافية أكثر مما هي واقعة على ظاهرها، ولأن الأوعية الباطنة أصغر من الأوعية الظاهرة الموجودة على الجانب الخارجي لها، فالأرجح أن يتسرب دم أقل في هذه الحالة. يميل الدم للنز ببطء شديد داخل المسافة الواقعة بين الأم الجافية والغشاء العنكبوتي (الطبقة الوسطى من الأغشية السحائية) فيسبب ورماً دموياً (أي مجمع دموي). يحدث هذا النزف نتيجة إصابة في الرأس، خاصة عند المسنين بسبب سقوطهم على الأرض، ويلاحظ أن هؤلاء الأشخاص ينسون أحياناً الحادث الذي جرى لهم عندما تبدأ أعراضهم بالظهور.

الأعراض: من بين الأعراض النهائية للنزف تحت الجافية هناك الوَسَن والتخليط، والضعف أو التنمل الحاصلان في أحد شقي الجسم، وصداعات مستمرة أو معاودة، وكذلك غثيان مستمر أو معاود، وفي غضون أيام أو أسابيع قد تحضر هذه الأعراض وتغيب ولكنها تزداد تدهوراً بالتدريج.

العلاج: يستشار الطبيب دون إبطاء إذا ظهرت الأعراض الموصوفة آنفاً، ولأن هذه الأعراض مماثلة لأعراض السكتة الخفيفة (ص 288) يحرص على إخبار الطبيب عن أي أذية حديثة للرأس حتى ولو كانت خفيفة.

إن ظهر لدى أي شخص علامات تدهور عقلي وَوَسَنُ شاذ، يراجع الطبيب فوراً، حيث قد يطلب منه دخول المستشفى لإجراء اختبارات تشخيصية، مثل صور شعاعية أو تفريسات بالتصوير الطبقي المحوري، أو باستعمال النظائر المشعة، أو تخطيط دماغ بالرنين المغناطيسي (راجع التعاريف ص 9)، بغية تحديد سبب الأعراض، فإذا تم تشخيص المشكلة على أنها نزف تحت الجافية فإن المعالجة وفرص الشفاء التام مماثلة جميعها لمعالجة، وفرص شفاء، النزف خارج الجافية.

النزف خارج الجافية (Extradural hemorrhage)

يحصل النزف خارج الجافية عندما تتمزق الأوعية الدموية في الأم الجافية (وهي السحاءة السطحية من السحايا الثلاث التي تغلف الدماغ) (راجع تعريف السحايا ص 296) فينسكب الدم على سطح الدماغ بينها وبين الجمجمة، وتنجم هذه المشكلة عادة عن أذية في الرأس تسبب تمزق بعض الأوعية في الوجه الظاهر للأم الجافية، وبما أنَّ الأوعية كبيرة فإنَّ كمية مهمة من الدم تتسرب إلى الحيز الواقع بين الأم الجافية والجمجمة.

الأعراض: يرجح أن تظهر أعراض النزف خارج الجافية في غضون (24) ساعة بعد حدوث الأذية، وحتى لو بدا بأنَّ الأذية الأصلية ليست بذات بال عند حدوثها فإنَّ الأعراض ليست كذلك، وهذه تشمل صداعاً شديداً مفاجئاً وغثياناً وإقياءً في أغلب الأحوال ونعاساً متزايداً، وجميع هذه الأعراض قد تؤدي إلى فقدان الوعي والوفاة.

المضاعفات: إن (10%) فقط من أذيات الرأس يحتاج للاستشفاء و(1 ـ 2%) فقط يتسبب في حدوث نزف خارج الجافية كاختلاط لهذه الأذية حيث يخلف هذا الاضطراب وضعاً طارئاً، لأنَّ الضغط الواقع على الدماغ يتعاظم شيئاً فشيئاً مع انسكاب المزيد من الدم في الحيز الضيق ما بين الدماغ والجمجمة.

العلاج: إذا ظهرت لدى أي شخص، أعراض النزف خارج الجافية، يطلب العون الطبي فوراً، لا سيما إذا تلقى هذا الشخص ضربة على رأسه في غضون الساعات الماضية أو في اليوم السابق، وإذا لم يسعف المصاب بسرعة فهناك خطورة حدوث عطب دماغي دائم أو حدوث الوفاة أحياناً.

بعد وصول المصاب إلى المستشفى يُجرى له مباشرة كل الاختبارات الضرورية للتأكد من حدوث نزف خارج الجافية، فإذا ثبت ذلك فإنَّ إجراء عملية جراحية لإيقاف النزف يصبح ضرورياً، وتشمل العملية إزالة جزء من عظم الجمجمة للسماح بتحرر الدم المتسرب، وإصلاح

الأوعية الدموية المتمزقة، فإن تم إجراء ذلك بالسرعة المناسبة فإنها تؤدي غالباً إلى شفاء المصاب شفاءً تاماً دون أية مضاعفات.

ـ 2 ـ
الأخماج (Infections)

إن أخماج الجهاز العصبي أقل حدوثاً من أخماج أجهزة الجسم الأخرى، لأن الدماغ (Brain) والحبل الشوكي (Spinal cord) محميان تماماً، وليس لهما اتصال مباشر مع الوسط الخارجي، لكن العوامل الخامجة تصل إلى هذا الجهاز عبر مجرى الدم، أو عبر المسافات الهوائية في الأذن أو الجيوب، أو عبر الكسور التي تسببها أذيات الرأس. ومعظم أخماج هذا الجهاز تسبب اعتلالاً خطيراً واضحاً، لذلك فإن التشخيص المبكر هام جداً، والعلاج الفوري ينقذ حياة المصاب ويمنع الضرر طويل الأمد للدماغ أو الحبل الشوكي أو الأعصاب.

التهاب السحايا (Meningitis)

تنقل أحياناً العوامل الخامجة المسببة للأمراض عن طريق الدم من أحد أجزاء الجسم (الرئتين مثلاً)، التي يتواجد فيها الخمج (Infection) إلى أجزاء أخرى منه، ومنها الدماغ، كما يمكن أن تصل هذه العوامل إلى الدماغ من خمج في الأذن أو في الجيوب الرأسية، عن طريق الكهوف المتواجدة في عظام الجمجمة، وكذلك فإنَّ أذيات الرأس كالكسور تشكل مدخلاً سهلاً للعوامل الخامجة.

هناك أشكال ودرجات عديدة من التهاب السحايا، ويعتمد كثير منها على الجرثوم أو الفيروس (Virus) المسبب.

السحايا (Meninges): «مفردها سحاءة» وهي ثلاث طبقات غشائية تغطي الدماغ، السحاءة الخارجية واسمها الأم الجافية (Dura mater) تلتصق بباطن الجمجمة (Skull)، والسحاءة الداخلية واسمها الأم الحنون (Pia mater)، تلتصق بالدماغ، والسحاءة المتوسطة واسمها العنكبوتية (Arachnoid) وهي أقرب إلى الأم الجافية منها إلى الأم الحنون حيث يوجد هنا حيز بسيط يسمى المسافة تحت العنكبوتية (Suharachnoid spaces) يملؤه سائل يدعى السائل الدماغي الشوكي (Cerebrospinal fluid)

الأعراض: تظهر الأعراض عادة بعد ساعات قليلة من العدوى وهي: حمى ـ صُداع ـ غثيان ـ إقياء ـ صلابة في العنق ـ رهاب من الضوء (عجز عن تحمل الضوء الساطع)، وأحياناً يظهر عرض إضافي وهو طفح جلدي أرجواني أو أحمر غامق، فإذا لم يعالج المريض بسرعة فإنه يصاب بالوَسَن (النعاس) وقد يفقد وعيه.

قد تكون أعراض التهاب السحايا أقل وضوحاً لدى الرُّضَّع وصغار الأطفال (راجع التهاب السحايا لدى الأطفال ص 896).

المضاعفات: يظهر التهاب السحايا الفيروسي عادة بشكل جائحات لأنه ينتقل من المصاب إلى السليم عن طريق الهواء، وغالباً في فصل الشتاء لأنّ الناس في هذا الفصل يجلسون مجتمعين في أماكن وغرف مغلقة. أما التهاب السحايا الجرثومي فقد يظهر بشكل جائحات أيضاً ولكن غالباً تكون الإصابة فردية، وإذا لم يعالج التهاب السحايا الجرثومي فإنه يكون مميتاً بشكل عام، ولكن إذا بُدىء العلاج في وقت مبكر فإنّ احتمالات الشفاء تكون كبيرة، فإذا كانت المعالجة مناسبة وطبقت دون تأخير فإنّ المصابين يتعافون، بشكل عام، ولكن في بعض الحالات قد يصاب بعضهم بعطب دائم كالصمم أو العمى أو التدهور الذهني، ويتعرض الأطفال والمسنون لخطر أكبر سواء بعدم شفائهم أو بإصابتهم بعاهة دائمة بسبب انخفاض مقاومة أجسامهم للأمراض.

يميل التهاب السحايا الفيروسي لأن يكون مرضاً أقل شدة وخطورة من الجرثومي، وفي معظم حالاته يحصل الشفاء التام بدون مضاعفات لاحقة (عقابيل).

العلاج: إذا بدا على أي شخص أعراض التهاب السحايا، لا سيما وجود صداع شديد مع صلابة العنق ورهاب من الضوء، يستشار الطبيب فوراً، ويمكن تأكيد التشخيص المشكوك به بفحص عينة من السائل الدماغي الشوكي، وهو السائل الذي يغمر الجملة العصبية المركزية، ويتم أخذ هذه العينة في المستشفى بواسطة البزل القطني، فإذا تبين أنَّها عكرة وتحوي خلايا قيحية فربما تكون السحايا مخموجة، وبمزيد من الفحوصات لهذه العينة يمكن تحديد العامل الخامج مما يساعد على وضع خطة معالجة فعالة. فإذا كان الخمج جرثومياً، يعطى للمصاب مقادير كبيرة من المضادات الحيوية التي ربما تُعطى عن طريق الدم عبر المصول (السيروم)، وقد يكون ذلك ضرورياً لمدة أسبوعين، ولأنَّ معظم الفيروسات لا تتأثر بها فإنها لا تستعمل لمعالجة التهاب السحايا الفيروسي. وفي نفس الوقت تُجعل غرفة المريض مظلمة، وتؤمن له ظروف الراحة التامة، والهدوء الكامل، ويقدم له الكثير من السوائل وعقاقير خافضة للحرارة ومسكنة للصداع، ثمَّ يمكن أن نتوقع الشفاء التام في غضون أسبوعين أو ثلاثة أسابيع، وهذا يعتمد على شدة الهجمة الخمجية ومقاومة جسم المريض.

التهاب الدماغ (Encephalitis)

التهاب الدماغ يعني التهاب خلايا الدماغ، وهو يحدث عادة بسبب خمج فيروسي. في بعض الحالات القليلة، ينتقل الفيروس إلى الدماغ بسبب الإصابة بمرض خمجي آخر كالنكاف (ص 932)، أو الحصبة (ص 929)، أو داء الوحيدات الخمجية (ص 737)، أو فيروس الحلأ البسيط (ص 563). وهناك بعض أنواع قليلة من خمج الدماغ لا تسببها الفيروسات، على سبيل

المثال، هناك مرض النوم الأفريقي الذي يسببه كائن حي وحيد الخلية ينتقل إلى الإنسان بواسطة ذبابة التسي تسي (Tsetse).

الأعراض: تختلف شدة التهاب الدماغ بشكل كبير، ففي الحالات الخفيفة تكون الأعراض هي نفس أعراض أي خمج فيروسي: حمى، صداع، وفقدان النشاط والشهية. وفي الحالات الأشد تتأثر وظيفة الدماغ بشكل واضح، وتسبب هيوجية (هياج) وتململاً ونعاساً، وفي أشد الحالات تتلاشى قوة عضلات الساقين والذراعين ويحصل شفع وتعطيل في السمع والنطق، وقد يدخل المصاب في مرحلة سُبات.

المضاعفات: إن التهاب الدماغ الخفيف أمر شائع وبسيط الأعراض جداً، وتسبب حوالي واحدة من كل ألف حالة من حالات الحصبة التهاب دماغ خفيف، وتندر الهجمات الشديدة كثيراً، وتختلف المضاعفات حسب العمر ونوع العامل الخامج المسبب للمرض. فالتهاب الدماغ عند الرضع وكبار السن يكون قاتلاً، أما في مراحل العمر الأخرى فإن أغلب الناس يشفون بشكل كامل، وفي حالات قليلة يكون الشفاء بعد مرض خطير طويل الأمد.

يمكن في بعض الأحيان أن يحدث تلف دماغ دائم، ولكن بشكل عام نادراً ما يسبب المرض نتائج خطيرة.

العلاج: عند مراجعة الطبيب قد يطلب إجراء فحوصات تشخيصية مختلفة تتضمن فحوصات دم وتصوير الجمجمة بالأشعة وإجراء مخطط كهربائية الدماغ (EEG) (راجع التعريف ص 9). وهناك فحص أساسي لتشخيص خمج الجهاز العصبي، وهو فحص السائل الدماغي الشوكي، حيث يؤخذ عينة (يبزل) من هذا السائل بإجراء يدعى البزل القطني من المنطقة القطنية أي منطقة أسفل الظهر من الصلب.

يتم علاج بعض أنواع التهابات الدماغ بواسطة عقاقير خاصة يصفها الطبيب تتيح فرصة كبيرة أمام المريض للشفاء، والتي لولا استعمالها من الممكن أن تكون إصابة الدماغ قاتلة. ولكن بما أن معظم الفيروسات التي تسبب التهاب الدماغ لا تستجيب عادة لعقاقير المضادات الحيوية، فإن العلاج الرئيسي يتألف من إجراءات تخفف الأعراض وتسمح لدفاعات الجسم الطبيعية بالتغلب على الخمج.

يطلب من المريض اللجوء إلى الاستراحة التامة والتغذي بشكل جيد، وفي بعض الأحيان تساعد العقاقير الستيروئيدية في كبت الخمج. فإذا كان المصاب فاقداً الوعي، تتم تغذيته من خلال أنبوب أنفي معدي، ويقوم جهاز تنفس صناعي (مِنفاس) (Respirator) بمساعدته على التنفس.

ربما يكون الشفاء بطيئاً إثر هجمة شديدة وقد يحتاج المصاب علاجاً خاصاً لتعلم المهارات الرئيسية مرة ثانية كالنطق الواضح مثلاً.

المثال، هناك مرض النوم الأفريقي الذي يسببه كائن حي وحيد الخلية ينتقل إلى الإنسان بواسطة ذبابة التسي تسي (Tsetse).

الأعراض: تختلف شدة التهاب الدماغ بشكل كبير، ففي الحالات الخفيفة تكون الأعراض هي نفس أعراض أي خمج فيروسي: حمى، صداع، وفقدان النشاط والشهية. وفي الحالات الأشد تتأثر وظيفة الدماغ بشكل واضح، وتسبب هيوجية (هياج) وتململاً ونعاساً، وفي أشد الحالات تتلاشى قوة عضلات الساقين والذراعين ويحصل شفع وتعطيل في السمع والنطق، وقد يدخل المصاب في مرحلة سُبات.

المضاعفات: إن التهاب الدماغ الخفيف أمر شائع وبسيط الأعراض جداً، وتسبب حوالي واحدة من كل ألف حالة من حالات الحصبة التهاب دماغ خفيف، وتندر الهجمات الشديدة كثيراً، وتختلف المضاعفات حسب العمر ونوع العامل الخامج المسبب للمرض. فالتهاب الدماغ عند الرضع وكبار السن يكون قاتلاً، أما في مراحل العمر الأخرى فإن أغلب الناس يشفون بشكل كامل، وفي حالات قليلة يكون الشفاء بعد مرض خطير طويل الأمد.

يمكن في بعض الأحيان أن يحدث تلف دماغ دائم، ولكن بشكل عام نادراً ما يسبب المرض نتائج خطيرة.

العلاج: عند مراجعة الطبيب قد يطلب إجراء فحوصات تشخيصية مختلفة تتضمن فحوصات دم وتصوير الجمجمة بالأشعة وإجراء مخطط كهربائية الدماغ (EEG) (راجع التعريف ص 9). وهناك فحص أساسي لتشخيص خمج الجهاز العصبي، وهو فحص السائل الدماغي الشوكي، حيث يؤخذ عينة (يبزل) من هذا السائل بإجراء يدعى البزل القطني من المنطقة القطنية أي منطقة أسفل الظهر من الصلب.

يتم علاج بعض أنواع التهابات الدماغ بواسطة عقاقير خاصة يصفها الطبيب تتيح فرصة كبيرة أمام المريض للشفاء، والتي لولا استعمالها من الممكن أن تكون إصابة الدماغ قاتلة. ولكن بما أن معظم الفيروسات التي تسبب التهاب الدماغ لا تستجيب عادة لعقاقير المضادات الحيوية، فإن العلاج الرئيسي يتألف من إجراءات تخفف الأعراض وتسمح لدفاعات الجسم الطبيعية بالتغلب على الخمج.

يطلب من المريض اللجوء إلى الاستراحة التامة والتغذي بشكل جيد، وفي بعض الأحيان تساعد العقاقير الستيروئيدية في كبت الخمج. فإذا كان المصاب فاقداً الوعي، تتم تغذيته من خلال أنبوب أنفي معدي، ويقوم جهاز تنفس صناعي (مِنفاس) (Respirator) بمساعدته على التنفس.

ربما يكون الشفاء بطيئاً إثر هجمة شديدة وقد يحتاج المصاب علاجاً خاصاً لتعلم المهارات الرئيسية مرة ثانية كالنطق الواضح مثلاً.

التهاب سنجابية النُخاع (Poliomyelitis)

إن التهاب سنجابية النخاع (يسميه البعض شلل الأطفال) هو خمج تسببه ڤيروس (Virus) تهاجم الأعصاب التي تتحكم بالعضلات، وهو مرض يخافه الناس، وخاصة خوف الأهل على أولادهم من موسم التهاب سنجابية النخاع الذي يحدث في الصيف. وسبب الخوف أن نسبة قليلة من حالات هذا المرض تسبب شللاً دائماً، ولكن مع الطرق الوقائية الحديثة، اختفى هذا المرض تقريباً من العالم الغربي بسبب التلقيح الروتيني للأطفال بجرعات مضادة له وذلك من سن الطفولة الباكرة. فإذا أردت أنت، أو أحد أفراد عائلتك، السفر إلى مناطق موبوءة فراجع طبيبك ليعطيك جرعات إضافية وقائية من اللقاح.

ينتشر هذا المرض عن طريق الملامسة الشخصية، أو أكل طعام أو شرب شراب ملوث. وأعراضه الأولى هي صداع والتهاب حلق وحمًى يتبعها ألم في العنق وعضلات الظهر، وفي الحالات الشديدة يؤدي الضعف العضلي إلى الشلل.

مع توفر اللقاح المضاد لالتهاب سنجابية النخاع، يجب أن تتم وقاية كل شخص ضده، ويتم تمنيع الأطفال بشكل روتيني على مراحل، فإذا لم تحصل أنت أو أحد أفراد عائلتك على التلقيح فراجع طبيبك بهذا الشأن.

خرَّاج فوق الجافية (Epidural abscess)

إن خرَّاج فوق الجافية هو عبارة عن تجمع قيح بسبب خمج جرثومي (Infection) عادة، في الفراغ الكائن بين عظام الجمجمة والأم الجافية، التي هي أبعد السحايا الثلاثة أو الأغشية الثلاثة التي تغطي الدماغ والنخاع الشوكي، وعندما يتجمع القيح فإنه يضغط على النسيج العصبي، وفي حالات نادرة تسبب الذيفانات أو المواد الكيميائية الضارة التي تنتجها الجراثيم تلفاً في الأم الجافية.

الأعراض: يسبب الخراج الموجود فوق النخاع الشوكي فقدان قوة عضلات الساقين وتنميل كامل القسم السفلي من الجسم في حين يسبب الخراج الموجود في الدماغ نفس أعراض السكتة (ص 288) محدثاً ضعفاً في جهة واحدة من الجسم أو صعوبة في النطق.

إن تفاقم ضعف العضلات أو فقدان الإحساس في الساقين، خلال بضعة ساعات، هو حالة طارئة تستدعي طلب العون الطبي الفوري، بالإضافة إلى ذلك، تحدث أعراض عامة يسببها الخمج، كالحمى والتخليط وربما هذيان أو اختلاجات.

المضاعفات: إن مشاهدة خراج فوق الجافية أمر نادر جداً هذه الأيام، لأن الأخماج التي كانت تسببه في الماضي يمكن معالجتها الآن ببساطة بواسطة المضادات الحيوية، نذكر منها، خمج الأذن الوسطى الحاد (ص 393)، والتهاب الجيوب (ص 411).

العلاج: لدى مراجعة الطبيب، يطلب إجراء فحوصات تشخيصية، منها فحوصات للدم

لتحديد الجراثيم الغازية، وصور بالأشعة للجمجمة وتفريس طبقي محوري (CAT - scan)، أو تصوير بالرنين المغنايسي (MRI) (ص 302)، وربما يلزم أيضاً إجراء تفريس بالنظائر المشعة (راجع التعاريف ص 9) وتصوير النخاع الشوكي للمساعدة في التشخيص. وحتى تتم السيطرة على الخمج يصف مضادات حيوية واسعة الطيف، فإذا كانت غير مفيدة فإنه سيجري جراحة لتفريغ القيح الذي يضغط على الدماغ أو النخاع الشوكي، وهو سيقرر ضرورة أن تكون الجراحة فورية أم لا، وذلك بغية منع حدوث تلف دائم، وتتم العملية بإجراء شق في العظم المغطي للخراج لإزالة القيح من خلاله ثم يستمر العلاج بالمضادات الحيوية.

ـ 3 ـ

الاضطرابات البنيوية (Structural disorders)

إن الاضطراب البنيوي الخاص بالجهاز العصبي، هو اضطراب يكون فيه جزء من هذا الجهاز بطريقة ما مشوَّه أو متضرِّر، وربما كان السبب أذية ما، أو ورم (Tumor)، أو اضطراب الأعصاب ذاتها، أو العظام والأغشية التي تحيط بالجهاز. ومع أن الجمجمة تحمي الدماغ من الأذى الخارجي، لكن من الممكن أن يتضرر الدماغ بسبب عدم مرونة العظام الواقية نفسها التي تتألف منها الجمجمة. على سبيل المثال، لا يوجد متسع لأي ورم صغير ينمو على الدماغ بأن يتمدد نحو الخارج، لأن عظام الجمجمة الصلبة تحول دون ذلك، فنجده يضغط على الدماغ ويسبب واحدة من المشاكل الشديدة. وكما هو الحال في أمراض الجهاز العصبي الأخرى، تسبب الاضطرابات البنيوية، غالباً، أعراضاً في مناطق بعيدة جداً عن مكان الإصابة الأساسية؛ هذا لأن الجهاز العصبي يشكل شبكة متداخلة تصل مختلف مناطق الجسم ببعضها. فعلى سبيل المثال، إصابة النخاع الشوكي من الممكن أن تشل الذراعين، أو تسبب فقدان التحكم بالتغوط، أو تؤدي إلى ظهور عدد من المشاكل الأخرى حسب القسم المصاب منه.

أذية الدماغ (Brain injury)

إن ضربة قوية على الرأس ربما تؤذي الدماغ مسببة ارتجاجاً فيه وتكدماً حتى ولو لم تنكسر الجمجمة، ونتيجة لذلك ربما تنتبج (تتورم) الأنسجة الدماغية، وهذا سوف يزيد الضغط على الدماغ لأن تمدده خارجياً محصور بحدود الجمجمة الصلبة، فتظهر على المصاب أعراض انضغاط الدماغ. وإذا حصل كسر في الجمجمة فإن حدوث عطب دماغي يصبح أكثر احتمالاً، وفي كلا الحالتين (بوجود أو عدم وجود كسر) فإن مدى العطب، وما إذا كان سيسبب فقداً وظيفياً عابراً أو دائماً، يعتمد على نمط وقوة الأذية.

الأعراض: تعتمد الأعراض على قوة الضربة وعلى الجزء المصاب بالضبط، ومع ذلك فإن الأذية الصغيرة عموماً يتبعها مباشرة، تقريباً، صُداع، والصُداع البسيط الذي يزول في

غضون يوم أو يومين يدل عادة على عطب طفيف، وترميم ذاتي سريع للأنسجة الدماغية وشفاء تام، إلا فيما ندر من حالات. أما الأذية الأشد فتسبب عادة فقدان وعي مباشر قد يدوم عدة ثوان فقط، أو يستمر عدة أسابيع، فإن استمر فقدان الوعي فإن الحالة تسمى سُباتاً.

يكون الشخص الذي أصيب بضربة صارعة، مذهولاً، وبحالة تخليط إبان استعادته لوعيه، وقد يتعرض للنسيان أو لفقد عابر للذاكرة، وإضافة لما سبق فقد يوجد في بعض الحالات، صداعات عنيفة وزلات ذهنية وضعف عضلي أو شلل (بما في ذلك صعوبة النطق)، ثم تميل هذه الأعراض للاختفاء تدريجياً مع تقدم الشفاء، وأحياناً قد يتبقى عطب دائم يفضي إلى مشكلات جسمية أو نفسية دائمة، مثل الشلل أو الهيوجية الشاذة (هيجان) أو الاكتئاب، أو تناقص النباهة.

المضاعفات: يكون العطب الدماغي في حالات معدودة فقط من أذيات الرأس شديداً بما يكفي لإحداث عجز جسمي ونفسي دائمين، وهذه الأذيات غالباً ما تنجم عن حوادث السير (وخاصة منها حوادث راكبي الدرجات الآلية)، وعن الحوادث الصناعية، والسقوطات، والمشاجرات والانفجارات أو جروح الطلقات النارية.

قد تُحدث أذية الرأس الشديدة تمزقاً في واحد أو أكثر من الأوعية الدموية الدماغية مما ينجم عنه نزف خارج الجافية، أو تحت الجافية أو تحت العنكبوتية (ص 292 وص 294). ربما لا تظهر الأعراض الناجمة عن النزف إلا بعد ساعات، أو بعد أيام أو حتى أسابيع، من حدوث الأذية، وإذا حصل كسر في الجمجمة فإن هنالك خطراً إضافياً كبيراً متمثلاً في احتمال عبور العوامل الخامجة (كالجراثيم) خط الكسر إلى الأنسجة الدماغية وإخماجها لها مما يسبب التهاب السحايا (ص 296).

وأخيراً هناك إمكانية أن يسبب عطب الدماغ الدائم نوبات صرعية أو اختلاجات (راجع الصرع ص 317)، ويحدث ذلك في حوالي (5%) من أذيات الرأس باستثناء تلك الناجمة عن جروح الأسلحة النارية حيث أن (33%) من هؤلاء يصابون لاحقاً بنوبات صرعية أو اختلاجات.

العلاج: إذا فقد أحد الأشخاص وعيه بسبب أذية ما، على الموجودين التعامل معه حسب التعليمات الواردة في فقرة التعامل مع فاقد الوعي (ص 961)، واستدعاءِ العون الطبي في الحال، أما الشخص المتأذي، الذي لم يفقد وعيه ولكن لديه أعراض أخرى لأذية الدماغ، فعليه مراجعة الطبيب فوراً.

إن تعرّض شخص لحادث ولم يتذكر تماماً ما الذي حصل، أو إذا تطور لديه صداع ظاهر، أو بدأ يشعر بضعف أو تخليط ذهني، فعليه أن يتذكر إذا كان قد تلقى صدمة على رأسه في الأيام القليلة الماضية، وفي كل الأحوال يجب مراجعة الطبيب، وبناءً على شدة الأعراض

ورأي الطبيب فقد يحتاج المصاب لإجراء بعض الاختبارات والتفريسات لمعرفة مدى العطب.

العلاج الذاتي: لا يجوز لأي شخص فقد وعيه بضربة على رأسه أن يتناول أية أدوية على الإطلاق إلا إذا أشار عليه الطبيب بذلك، وينصح من تلقى ضربة قوية على رأسه أن يقضي ليلة أو اثنتين في المستشفى تحت المراقبة، أما إذا كانت الضربة خفيفة فإن الراحة التامة ليومين أو ثلاثة تكون كافية عادة للشفاء.

العلاج الاختصاصي: يجب نقل فاقد الوعي إلى المستشفى فوراً، لأن العناية الاختصاصية المكثفة مهمة جداً في إنقاذ حياته، إذ ربما يُعطى مباشرة دواء ستيروئيدياً عن طريق الوريد لتخفيف الانتباج الدماغي، وفي بعض حالات كسر الجمجمة قد تكون الجراحة ضرورية لإعادة القطع العظمية إلى مواقعها.

يستغرق الشفاء من أذية الدماغ الشديدة عدة أسابيع عادة، إلا أن فرص الشفاء من فقد الوظائف، قليلة جداً، وقد يُصاب بعض الأشخاص باضطراب في التفكير والذاكرة، أو بتغيرات في الشخصية، أو بتلعثم في النطق، أو بضعف عضلي في أحد الأطراف، ويشكل تشجيع ودعم الأهل والأصدقاء دوراً هاماً في عملية شفاء هؤلاء الأشخاص الذين قد يحتاج الكثير منهم لمعالجة جسمية ومهنية لاحقة.

طرائق تصوير الدماغ

إن التقدم العلمي الحديث جعل من الممكن استخدام طرق مختلفة تعطي صوراً دماغية تفصيلية، ذات ثلاثة أبعاد، من الناحيتين البنيوية والوظيفية، وأهم هذه الطرق هي:

1 - تفريس بالتصوير الطبقي المحوري المحوسب (CAT. scaning).
2 - التصوير الوعائي التفاضلي الرقمي (Digital subtraction angiography).
3 - التصوير الطبقي بانبعاث البوزيترون (PET. scaning).
4 - تصوير بالرنين المغناطيسي (MRI).

تقدم هذه الطرق التشخيصية الحديثة معلومات دقيقة تساعد كثيراً على التشخيص الصحيح، وسنُعطي فيما يلي فكرة بسيطة ومبسطة عن هذه الطرائق.

1) - **التفريس بالتصوير الطبقي المحوري المحوسب**، وهو ما درج الناس على تسميته تصوير طبقي محوري (Computerized axial tomography)، ويرمز له اختصاراً بـ (CAT. scaning):
في هذه الطريقة من التصوير تمرر حزم متعددة من الأشعة السينية عبر الدماغ من زوايا مختلفة، وعلى مستويات مختلفة، لقياس نفوذيتها (اختراقها)، ومن ثم استكمال المعطيات باستعمال حاسوب لإنتاج صورة مركبة ذات ثلاثة أبعاد. ومن هذه الصورة المركبة يمكن اختيار شرائح ضرورية (صورة على شكل شريحة كورقة في كتاب) وعرضها على الشاشة للفحص، ويمكن أخذ صورة لها على شكل فيلم أشعة. هذه الشرائح، التي يمكن أن تُرى من أي مستوى للدماغ ومن أي اتجاه، تظهر التراكيب الداخلية أوضح مما تظهرها الصور العادية للأشعة السينية، وتظهر المادة البيضاء (الألياف العصبية) والمادة

السنجابية (الخلايا العصبية). وهذه التفريسات تعطي، بشكل خاص، صورة جيدة للفراغات (بطينات) المملوءة بالسوائل في الدماغ، كما تظهر الأورام (غالباً) بشكل واضح.

ومن أجل أخذ صورة للدماغ بطريقة تفريس (CAT)، يستلقي المرء على طاولة خاصة ورأسه داخل المفرس (الجهاز)، وهو يدور حول الرأس بينما تؤخذ صور بالأشعة السينية من عدة زوايا، وتظهر على شاشة خاصة ويمكن أخذ فيلم لها.

2) - **التصوير الوعائي التفاضلي الرقمي (Digital subtraction angiography)**: هي طريقة يستخدم فيها تفريس (CAT) للكشف عن شذوذات الأوعية الدموية في الدماغ. وللحصول على صورة لدوران الدم المخي، يؤخذ أولاً تفريس (CAT) للدماغ بالطريقة العادية، ثم يحقن صبغة خاصة ظليلة للأشعة السينية في الشريان الذي يدخل إلى الرأس، ويؤخذ تفريس (CAT) آخر بينما تمر الصبغة عبر أوعية الدم في الدماغ، فتقوم هذه الصبغة بتعديل طفيف في كمية الأشعة السينية الممتصة من الأوعية الدموية، بحيث أنه عندما يتم طرح الصورة الأولى من الثانية فإننا نحصل على صورة أوضح للأوعية الدموية مما لا يمكن الحصول عليه في حال استخدامنا طرائق التصوير الشعاعي التقليدية.

3) - **التصوير الطبقي بانبعاث البوزيترون (Positron emission tomography)** ويرمز له اختصاراً بـ (PET - Scaning): هي طريقة لقياس نشاط الدماغ الكيميائي أو الاستقلابي الذي يتباين حسب حالات مختلفة. وهذا التصوير لا يشابه تصوير (CAT. Scan) أو (MRI) اللذين يعطيان صوراً بنيوية للدماغ، وإنما هو تصوير يقدم المعلومات عن كيفية عمل الدماغ، حيث يعطي خريطة ثلاثية الأبعاد تميز المناطق التي يحصل فيها نشاط كيميائي كبير عن المناطق التي يكون نشاطها الكيميائي أقل. على سبيل المثال، تكون بعض الأورام ذات نشاط استقلابي أقل أو أكثر من نسيج الدماغ المحيط، وبذلك يمكن تحديدها بطريقة (PET). وتشمل الطريقة على حقن مادة كيميائية مشعة تجري عبر أوعية الدم المخية فيتم امتصاص أكبر كمية منها من قبل أكثر المناطق النشيطة استقلابياً.. وبينما تتلاشى المادة المشعة، تنبعث أزواج غاية في الصغر تُدعى البوزيترونات، يتم الكشف عنها، ويُحسب منشؤها وتتشكل صورة لتوزيع المادة الكيميائية المشعة في داخل الدماغ. ويبين عدد البوزيترونات الصادرة عن منطقة معينة من الدماغ كمية المادة المشعة التي تم امتصاصها من تلك المنطقة ومن ثم يتحدد مدى النشاط الاستقلابي لهذه المنطقة.

يستعمل تفريس (PET)، بالإضافة إلى رسم خريطة أو مخطط للأورام، لتحديد منشأ النشاط الصَرَعي في الدماغ، ولفحص وظيفة الدماغ، في مختلف الأمراض العقلية.

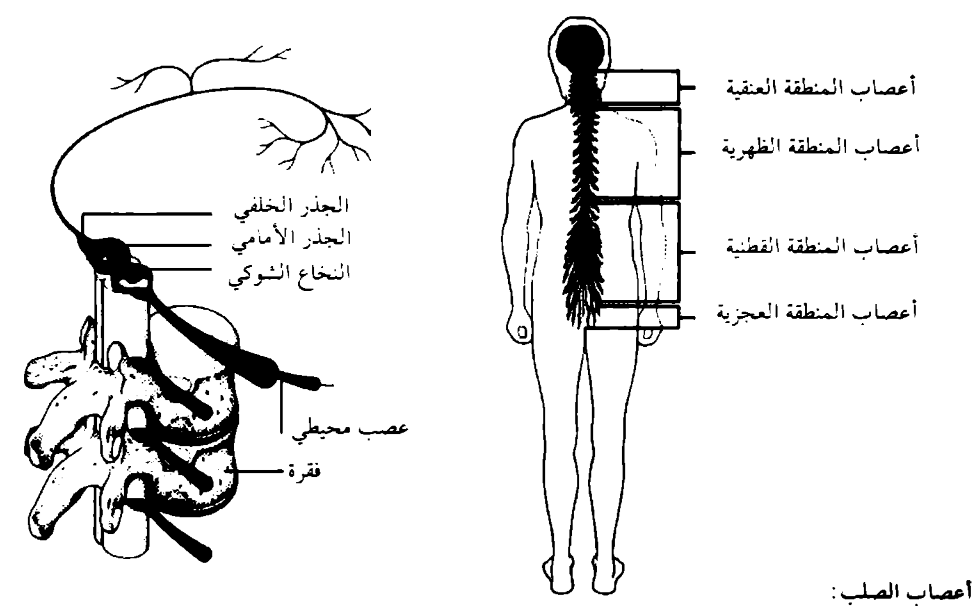
4) - **التصوير بالرنين المغناطيسي، (Magnetic resonance Imaging)** ويرمز له اختصاراً (MRI): ويدعى أيضاً الرنين المغناطيسي النووي (NMR). والمبدأ فيه هو تشكيل مجال مغناطيسي تمتصه جزيئات الماء (الموجود في نسيج الجسم المراد تصويره) بشكل خفيف. عندما يتعرض الدماغ لمجال مغناطيسي قوي جداً (تشكله مغانط خاصة) تقوم مناطق مختلفة بامتصاص كميات متباينة من المغناطيسية حسب محتواها من الماء، ومن ثم فإن صورة الامتصاص المغناطيسي للدماغ يمكن أن تُشكل وتُحلل وتُفحص، شريحة تلو شريحة بنفس طريقة تصوير (CAT. Scan).

إن صورة الرنين المغناطيسي تحدد بوضوح المادتين البيضاء والسنجابية للدماغ، ويمكن استخدامها لتشخيص أمراض، مثل التصلب المتعدد الذي يحدث فيه شذوذ في الألياف العصبية التي تشكل المادة البيضاء. وإن الأورام التي لا يمكن كشفها بتفريس الـ (CAT) يكشفها التصوير بالرنين المغناطيسي (MRI) في بعض الأحيان.

أذية النخاع الشوكي (Spinal cord injury)

يتشكل العمود الفقري (Vertebral column) من مجموعة فقرات تتوضع فوق بعضها البعض، ويفصل بين كل فقرة وأخرى قرص غضروفي (Cartilage disc) مرن، بحيث تسمح هذه التركيبة للظهر بمقدار معين من الانحناء. ويوجد داخل تركيبة العمود الفقري قناة خاصة يسير فيها النخاع الشوكي، كما يوجد بين الفقرات ممرات خاصة تمر منها الأعصاب الصادرة عن النخاع الشوكي من وإلى أجزاء الجسم.

إن النخاع الشوكي، وما يتفرع عنه من أعصاب، ينقل النبضات العصبية (Nerve impulses) (الإشارات والأوامر) بين الدماغ والجسم، مما يسمح بالسيطرة على الحركات،



أعصاب الصلب:

تسير إشارات الأعصاب الواردة من الدماغ إلى النخاع الشوكي وتمر إلى الأعصاب المحيطية. وهذه الأعصاب تخرج من النخاع الشوكي كجذرين (الجذر الأمامي والجذر الخلفي) في الفتحة بين كل فقرة، ثم يتحدان مع بعضهما ليرسلا إشارات الأعصاب من وإلى أجزاء محدودة من الجسم.

الأعصاب الرقبية التي تخرج من المنطقة الرقبية تعصب العنق والساعدين، والتي تخرج من المنطقة الصدرية تعصب القفص الصدري والجدار البطني، والتي تخرج من المنطقة القطنية تعصب الساقين، والتي تخرج من المنطقة العجزية تعصب الأمعاء والمثانة.

وبالكشف عن أي إحساس، كاللمس أو الحرارة أو غير ذلك. فإذا تضرر النخاع الشوكي، إثر حادث ما، في جزء منه، فإن أقسام الجسم، التي يعصبها هذا الجزء، سوف تتأثر حسب درجة الإصابة، وحسبما تسببه من مضاعفات دائمة. لذلك يتوجب وضع أي إصابة للنخاع الشوكي تحت العناية الطبية الفورية المشددة لتخفيف نسبة الضرر والعجز اللذين يمكن أن يسببهما ذلك.

الأعراض: تصاب أقسام أو أعضاء الجسم بالضرر حسب مكان إصابة النخاع الشوكي، فقد يحدث تنميل أو ضعف أو شلل في كافة العضلات الموجودة تحت مستوى الإصابة، بما في ذلك تلك العضلات التي تتحكم بالتغوط والتبول، وفي بعض الأحيان تتأثر فقط عضلات جانب واحد من الجسم. وليس الألم دائماً عرضاً لإصابة النخاع الشوكي، ولكن إصابته مع إصابة الأعصاب المجاورة تسبب أحياناً ألماً شديداً، كما هو الحال في التهاب العصب الوركي (النَّسَى ـ عرق النَّسا) (ص 714).

تظهر أعراض إصابة النخاع الشوكي غالباً بعد الحادثة التي سببتها مباشرة، وذلك بخلاف أعراض بعض إصابات الدماغ التي تظهر فقط بعد مرور بعض الوقت.

المضاعفات: إن إصابات النخاع الشوكي أصبحت شائعة هذه الأيام، ويحدث معظمها بسبب حوادث السير أو السقوط، أو إصابات تقع أثناء أداء الألعاب الرياضية بأنواعها أو جروح العيارات النارية وغيرها.

من الممكن أن تكون إصابة النخاع الشوكي في منطقة العنق مميتة إذا تضررت الأعصاب هناك (التي تسيطر على التنفس)، أو من الممكن أن تؤدي إلى شلل تام أو شلل الساقين والذراعين مع بعضهما، بالإضافة إلى تنميل عام من العنق حتى الأسفل. أما إصابات الأجزاء الأخرى من النخاع الشوكي فهي غير مميتة عادة، ولكنها ربما تكون دائمة وتسبب عجزاً شديداً، وغالباً ما يؤدي شلل المثانة إلى أخماج معاودة في المجاري البولية (ص 644)، وتكون أقسام الجسم التي حدث فيها شعور بالتنميل أو الخدر معرضة، بشكل خاص، لمختلف أنواع الأذيات.

العلاج: تتطلب الإصابات الخطيرة للنخاع الشوكي دخول المستشفى فوراً وهناك سيتم تصوير النخاع الشوكي بالأشعة السينية للكشف عن موقع وحدود الإصابة، ويتم التحري عن وجود تنميل في الجزء الأسفل من الجسم. وأحياناً يُجرى للمصاب فحص يدعى تصوير النخاع (Myelogram) لمعرفة فيما إذا كان بالإمكان إزالة أي ضغط واقع على النخاع الشوكي جراحياً، وفي هذا الفحص يتم حقن صباغ خاص، يمكن رؤيته بالأشعة السينية، في السائل المحيط بالنخاع الشوكي، ومن ثم يتم تصوير النخاع بالأشعة السينية، وعند ذلك يمكن رؤية الخلل أو الكسور أو الانسدادات فيه.

العلاج الذاتي: إن أفضل علاج هو الوقاية، مثلاً لا تغطس أبداً في ماء لا تعرف مدى

عمقه، ولا تقد سيارتك بسرعة كبيرة ولا تحاول نقل المصاب أو تحريكه قبل وصول العون الطبي وتذكر أن إصابات النخاع الشوكي ذات التأثير الدائم، ستغير حتماً أسلوب حياة المصاب.

العلاج الاختصاصي: يبدأ علاج تضرر النخاع الشوكي بعد الإصابة مباشرة، وإذا كانت الإصابة في الفقرات فقد يتطلب الأمر إجراء جراحة، أو الاستراحة المطلقة في السرير لتسريع الشفاء، وعادة، لا تبرأ إصابات النخاع الشوكي الشديدة ولا يفيد العمل الجراحي بشكل عام، وفي بداية الإصابة يتوجب على المصاب أن يبقى مستلقياً دون حركة تقريباً، وسيوضع تحت المراقبة المستمرة، ويجب إطعامه وتحريكه بانتظام لمنع حدوث التقرحات التي يحدثها الضغط بسبب الاستلقاء الدائم بوضع واحد، وكذلك يجب مساعدته على التبويل والتغوط. وقد تستمر هذه المرحلة عدة أسابيع، وبعدها إذا استمر العجز فلا بد من إعادة التأهيل من قبل أطباء ومعالجين اختصاصيين لمثل هذه الحالات، بهدف الاستفادة مما تبقى من قوة العضلات. وستلعب العوامل النفسية الإيجابية دوراً مهماً في إنجاح كل ذلك.

شلل بِل (Bell's palsy)

شلل بِل (غالباً) هو حالة مؤقتة تشل العضلات في أحد جانبي الوجه بسبب اضطراب العصب الذي يتحكم في حركتها، ومن المعلوم أنه يعصب عضلات الوجه عصبان، واحد في كل جهة، يخرج كل منهما من المخ عبر فجوة صغيرة في الجمجمة تماماً خلف الأذن، فإذا انتبج (تورم) وبالتالي انضغط أحد هذين العصبين عند المنطقة التي يعبر فيها من الجمجمة فإنَّ عضلات الوجه، التي يعصبها هذا العصب، تصاب بالشلل، وحتى الآن لا يعرف الأطباء السبب الحقيقي لانتباج العصب بهذه الطريقة، ولا لماذا يصاب عصب واحد فقط؟

الأعراض: العرض المميز لهذا الاضطراب هو ضعف عضلات الوجه في جهة واحدة منه، حيث تنزلق زاوية الفم نحو الأسفل، ويصبح من غير الممكن إغلاق عين واحدة، كما تتبدل بعض تعابير الوجه، مثل الابتسام والعبوس، وتضطرب حركة عضلاته من الجبهة إلى الفم في الجهة المشلولة منه.

تأتي الهجمة عادة بشكل مفاجىء خلال الليل، وتكون غالباً مصحوبة بألم إما في الأذن أو على الجهة المصابة من الوجه (يستيقظ الإنسان عادة من نومه صباحاً ليجد نفسه مصاباً بهذا الشلل).

المضاعفات: شلل بل شائع جداً، ويصيب الناس من مختلف الأعمار، ويلاحظ أن أخماج الأذن الوسطى الحادة (ص 393) قد تسبب هذا المرض أحياناً وعلى الرغم من أنَّه يشوه جمال الوجه بدرجات مختلفة، وحسب شدة الإصابة، فإنه ليس خطراً على الحياة، وخطره الجسمي الأساسي هو ما يصيب العين بسبب عدم إمكانية إغلاقها بإحكام، حيث

تتعرض للغبار والتخريش والجفاف، وتصاب بالأذى إذا تركت غير محمية (راجع قرحات القرنية ص 368)، لكنه يسبب إزعاجاً نفسياً كبيراً خاصة للشباب . .

العلاج: إذا استيقظت صباحاً ووجدت نفسك مصاباً بشلل بِل فراجع طبيبك فوراً، وهو سيصف لك العلاج المناسب، فإذا لم تتحسن خلال يومين ربما ينصح بعلاجات أخرى. وفي بعض الأحيان يمكن اقتراح إجراء عملية جراحية لرفع الضغط عن العصب، وفي جميع الأحوال لم تثبت فعالية هذه العلاجات بشكل كامل ولم يثبت أنها تشفي تماماً، لذلك قد تجد نفسك مضطراً للانتظار طويلاً لمعرفة النتائج، وبشكل عام إذا تحسنت حالتك، خلال أسبوعين إلى ثلاثة أسابيع، فهناك احتمال بحدوث الشفاء التام في وقت لاحق، وإذا لم تعد عضلات الوجه المشلولة للعمل خلال شهرين فمن المرجح أنَّ الشفاء لن يكون تاماً. وينصح عادة بوضع رفادة فوق العين لحمايتها، وباستعمال قطرات مرطبة لها. وفي بعض الحالات النادرة والشديدة، والتي استعصت على الشفاء، قد يلجأ الطبيب لإجراء عملية جراحية تجميلية لتحسين منظر الوجه.

الفُصال العظمي الرقبي (Cervical osteoarthritis)

الفُصال العظمي الرقبي (ويسمى أيضاً التهاب العظم ، والمفصل في الرقبة، والفُقار الرقبي، والقسط الفقاري الرقبي) هو اضطراب يصيب بعضاً من فقرات الرقبة السبعة، كما يصيب أيضاً الأقراص الغضروفية المرنة (Flexible cartilage discs) الموجودة بين الفقرات. تظهر في هذا المرض، ناميات عظمية على الفقرات وكثيراً ما تكون مصحوبة باختلال اصطفاف الأقراص أو قساوتها، ونتيجة لذلك تصبح الرقبة متيبسة، والمسالك العصبية في الجزء العلوي من النخاع الشوكي ولا سيما تلك المسالك الجارية بين النخاع وبين الذراعين واليدين معرضة لقدر شاذ من الضغط (راجع الألم العصبي ص 323).

لا يزال هذا الاضطراب مجهول السبب، وهو يصيب، بشكل خاص، الأشخاص متوسطي العمر والمسنين، وربما يعود ذلك ببساطة إلى أنَّ العظم يصبح **مُزَرراً** (Knobby) (ذا نتوءات صغيرة كالأزرار) وغير منتظم مع تقدم العمر.

الأعراض: إنَّ العرض الرئيسي للفُصال الرقبي هو تيبس الرقبة، كما أن الضغط على الأعصاب التي تنطلق من المنطقة نحو اليدين أو الذراعين قد يسبب أعراضاً من نحو النخز والوخز والتنمل وأحياناً آلاماً في الكتفين والذراعين.

قد يصيب الضغط الحاصل داخل العنق ـ مع الوقت ـ أجزاء أخرى من النخاع الشوكي. وهكذا فإذا أصبح الفصال العظمي الرقبي يزداد باضطراد، فقد يحدث ضعف تدريجي في الساقين، وربما مشكلات في السيطرة على المثانة. وقد تصبح الأوعية الدموية المتجهة عبر الفقرات الرقبية نحو الدماغ محصورة بسبب هذا الاضطراب، وقد يفضي هذا الحصار إلى

أعراض مثل الصداع أو الدُوام أو اللاثبات أو الشفع، ولا سيما عند محاولة ثني الرقبة.

المضاعفات: الفُصال العظمي الرقبي مرض شائع، والأعراض الطفيفة للمرض تسبب انزعاجاً، ولكنها لا تشكل أية خطورة، والعديد من الأشخاص المصابين به لا يحتاجون حتى إلى مراجعة الطبيب، وفي معظم الحالات لا تسوء تلك الأعراض لدرجة كبيرة، أما إذا حصل ذلك، وإذا ما أصيبت الأجزاء السفلية من النخاع الشوكي بالضرر، فهناك خطورة حدوث أذية جدية وغير قابلة للتراجع، وفي الحالات الشديدة جداً قد يصبح النصف الأسفل من الجسم مشلولاً.

العلاج: إذا استمرت الأعراض الطفيفة وبدا أنها آخذة بالتردي، فيجب مراجعة الطبيب، وهو سيطلب إجراء صور شعاعية للرقبة، وإذا بدا أن الساقين تضعفان فقد يُجرى تصوير للنخاع الشوكي بغية تحديد مدى الضغط الواقع عليه.

يكتشف معظم المصابين بالفُصال العظمي الرقبي أنَّ أعراضهم تختلف في شدتها بين يوم وآخر، ويتعلمون كيف يتجنبون تحريك رؤوسهم بحدة، أو بسط رؤوسهم أو القيام بأية حركة قد تسبب ألماً أو انزعاجاً.

إذا كانت الأعراض مزعجة ومستمرة فإنَّ المعالجة الأولية، التي قد ينصح بها الطبيب، هي استعمال طوق داعم، (يستعمل خلال النهار، طوق لدن صلب، ويستبدل أثناء الليل بطوق طري)، يقي من الحركات الواسعة للرأس ويدعمه في وضع يقلل من الضغط على الأعصاب الرقبية والأوعية الدموية. يُستعمل الطوق عادة لفترة ثلاثة أشهر تقريباً. وإذا استمرت الأعراض، أو إذا ظهرت أعراض جديدة فقد يتوجب دخول المستشفى لإجراء التمديد الرقبي أو لإجراء عمل جراحي.

يتضمن العمل الجراحي إجراء توسيع للقناة الشوكية المحصورة، أو إجراء تثبيت لبعض الفقرات الرقبية ببعضها البعض أو كلا الإجراءين، وإنَّ أياً من هذين الإجراءين يخفف الأعراض عادة، لكنه يخفف من إمكانية تدوير أو ثني الرقبة.

متلازمة نفق الرسغ (Carpal tunnel syndrome)

تمر بعض أعصاب الجسم عبر قنوات ضيقة خاصة بها، فتكون بذلك عرضة لوقوع ضغط شديد عليها إذا تضخَّمت الأنسجة المحيطة بهذه القنوات، ندرس منها هنا العصب الذي يصل بين الدماغ واليد، والذي يمر عبر الرسغ ضمن نفق متشكل من عظام الرسغ وغشاء غليظ يحيط بالنفق من الجانب السفلي، ويربط عظام الرسغ بعضها ببعض. فإذا تضخَّمت الأنسجة التي هي بداخل النفق فإنها تضغط على هذا العصب وتسبب ألماً ملحوظاً، وهذا ما يعرف باسم متلازمة نفق الرسغ، ويشابه هذه الحالة ما يحدث في حال انضغاط العصب عند الكاحل أو عند المرفق.

هذه الحالة شائعة جداً، خاصة عند النساء، أثناء الحمل، أو في سن اليأس، وهناك دليل على أن حدوث تغيير في توازن الهرمونات، خلال هذه الفترات، يؤدي إلى تجمع السوائل وحدوث تضخمات في الرسغ مما يسبب الضغط على العصب وحدوث الألم، كما يمكن أن يتعلق هذا المرض بأسباب رياضية تنتج عن فعالية تتطلب نشاطاً عنيفاً، أو الاستعمال المتكرر للمعصم كحالات لعب كرة التنس أو كرة اليد.

الأعراض: أعراض متلازمة نفق الرسغ عبارة عن وخز وخدر متقطع في جزء من اليد، يكون، غالباً، مصحوباً بألم يحدث فجأة في الرسغ، ويكون الألم أسوأ عادة في الليل، ويكون أحياناً حاداً لدرجة يوقظ المصاب من النوم، فإذا مد يده على جانب الفراش ودلكها يمكن للألم أن يخف، وإن كانت الحالة شديدة جداً فيمكن أن ينتج عنها خدر وضعف دائمان في الإبهام، أو في أكثر من أصبع، ويمكن أن تكون الإصابة في يد واحدة أو في كلتا اليدين.

إنَّ العرض الرئيسي في متلازمة نفق الرسغ في الكاحل هو عبارة عن ألم حارق متقطع أو خَدَر في باطن القدم أو أصابع القدم، في القدم المصابة، الذي يمكن أن ينتشر إلى رِبْلَةِ الساق، وفي هذه الحالة تكون المشكلة أسوأ أثناء النهار، على أنه يمكن تخفيف شدّتها باللجوء إلى الوقوف أو المشي.

وإذا وقع الضغط على عصب الزند في مفصل المرفق فإنه يسبب شعوراً بالوخز أو الخَدَر في الخنصر، وأحياناً في الأصبع المجاور له أيضاً (البنصر).

العلاج: يشفى المرض من تلقاء نفسه في بعض الحالات، ويفيد المصاب لف الرسغ بضماد أو وضع جبيرة عليه للمساعدة على الشفاء، وقد ينصح الطبيب بتناول دواء مدر للبول، وذلك لتخفيف الاحتقان في النسج المتنبجة، وبحقن دواء كحولي في الرسغ، وإذا استمر الألم واستعصت الحالة على الشفاء فالعلاج الأفضل هو إجراء عملية جراحية بسيطة، حيث يقوم الطبيب بتوسيع الثقبة التي يمر عبرها العصب في الرسغ، وذلك بقص جزء من الغشاء الغليظ لإعطاء العصب مجالاً أوفر، وبالتالي تخفيف الضغط عليه، وتعتبر هذه العملية خطوة ناجحة تعطي راحة سريعة.

في حال حدوث متلازمة نفق الرسغ في الكاحل أو المرفق، فالعلاج هو نفسه المطبق سابقاً، وينصح بعض الأطباء مرضاهم المصابين بمتلازمة الكاحل بالمشي حفاة اعتقاداً منهم أنَّ ذلك يخفف الألم.

الورم الدماغي (Brain tumor)

يشكل النمو الشاذ (الورم) في الدماغ مسألة جدية، سواء كان نمواً سليماً أو خبيثاً، وهذا يعود إلى أن عظام الجمجمة تجعل من المستحيل على أي ورم أن يمتد محيطياً مما يحتم انضغاط نسيج الدماغ الطري انضغاطاً خطيراً مع نمو الورم، وبما أن كلا نوعي الورم خطير فإن

التمييز بين الأورام السليمة والخبيثة، التي تنمو في الدماغ، أقل وضوحاً مما هي في أجزاء أخرى من الجسم.

الأعراض: عندما يكبر الورم فإنه يسبب ضغطاً زائداً داخل الجمجمة، والنتيجة حدوث صُداعات متكررة، والتي غالباً ما تزداد شدة ألمها عند الاضطجاع، ويرافق الصداعات، في مرحلة لاحقة، غثيان وإقياء، ويبدو في بعض الأحيان أن الإقياء، الناجم عن ورم دماغي، يحصل فجأة حتى بدون بادرة غثيان منذرة، ولأن الضغط المتزايد يمكن أن يصيب الأعصاب الواقعة خلف العين فقد يحدث أيضاً شَفَع، أما الأعراض الأخرى فيعتمد ظهورها على موقع الورم في الدماغ، وتشمل الضعف في أحد شقي الجسم أو اللاثبات المعمم أو الخُشام (فقدان الشم)، أو فقد الذاكرة، أو حتى تبدلات كبرى في الشخصية وأحياناً حدوث نوب صرعية.

المضاعفات: إن الأورام التي تنشأ في الدماغ أقل شيوعاً بكثير من تلك التي تنشأ في الثدي أو الرئتين أو السبيل المعوي، ومع ذلك فإن انتقال مثل هذه الأورام إلى الدماغ مشكِّلة أوراماً ثانوية فيه، أمر شائع نسبياً، ومثل هذه الأورام الثانوية (أي تلك التي تنتشر أو تنتقل من مكان إلى آخر في الجسم) أكثر شيوعاً في مرحلة متأخرة من الحياة، حيث يرجح وقوع غالبية الأورام. تؤدي أورام الدماغ، ما لم تُعالج، إلى أذية دائمة في الدماغ، ويمكن أن تنتقل أو تنتشر إلى أنسجة أخرى، هذا وبعض أنواع أورام الدماغ مميتة لا سيما إذا لم تعالج، أما إذا اكتُشف الورم السليم باكراً وعولج، فهناك فرصة كبيرة على الغالب للشفاء التام.

العلاج: إذا ظهر عند أي شخص أياً من الأعراض الوصفية، لا سيما الصُداع الذي يسوء عند الاستلقاء ويصاحبه إقياء أو اختلاجات أو نقص مستمر للرؤية أو السمع أو اضطراب في استعمال الأطراف، يجب مراجعة الطبيب فوراً، وهو سيجري اختبارات تشخيصية، تشمل صوراً شعاعية للرأس والصدر (لأن أورام الدماغ الثانوية كثيراً ما تنشأ من خلايا منفصلة عن أورام خبيثة في الرئة)، وتفريسات بالتصوير الطبقي المحوري، وتخطيط رأس بالرنين المغناطيسي، وتفريسات بالنظائر المشعة (ص 302)، وتصوير أوعية الدماغ، وربما تخطيط دماغ كهربائي (راجع التعاريف ص 9)، فإذا ثبت وجود ورم فإن إجراء الجراحة، لإزالة الورم السليم، غالباً ما تكون ممكنة، وقد تكون ناجحة نجاحاً تاماً، وحتى عندما يشمل الورم جزءاً هاماً من الدماغ فمن الممكن إزالة قسم من الورم لتخفيف الضغط وتفريج الأعراض، وقد يتبع الجراحة، أحياناً، علاج شعاعي لقتل أية خلايا ورمية متبقية.

أما في حالة الأورام الخبيثة فقد لا تكون الجراحة ناجحة، ولكن، حتى في مثل هذه الحالات، هنالك طرائق لتفريج الأعراض وإراحة المصاب قدر الإمكان، واستعمال العقاقير الستيروئيدية قد تساعد أحياناً في تقليل تورم النسيج الدماغي، وبالتالي تخفيف الضغط على النسج حول الورم، ويمكن وصف الأدوية المضادة للاختلاجات للسيطرة على نوب الصرع الناجمة عن الورم، وتستعمل المسكنات لتخفيف الصُداع الشديد.

ورم النخاع الشوكي (Spinal cord tumor)

إن أورام النخاع الشوكي مشابهة لأورام الدماغ، ولكنها ذات أعراض مختلفة، أهمها، ألم مستمر في الظهر. وقد يحدث إحساس بالتنميل أو البرودة أو ضعف العضلات في طرف واحد أو أكثر، وصعوبة في التبول أو التغوط. وتعتمد الأعراض على الجزء المصاب من النخاع الشوكي وأية أعصاب هي المتأذية بسبب الورم.

إن أورام النخاع الشوكي أندر من أورام الدماغ. فإذا نما هذا الورم عند شخص ما فإنه يتوجب إجراء عملية جراحية لإزالة الفقرات المحيطة به، ولإزالة الضغط الموجود على الأعصاب الشوكية وممراتها، وبذلك يزول الألم والأعراض الأخرى فوراً، وكما هو الحال في أورام الدماغ، تعتمد المعالجات الأخرى على عوامل مثل نوع وحجم وموقع النمو.

الاعتلال العصبي المحيطي (Peripheral neuropathy)

إن تضرر الأعصاب المحيطية (الصادرة عن النخاع الشوكي) يدعى الاعتلال العصبي المحيطي، وهو يحدث أحياناً كمضاعفات لاضطراب طويل الأمد، مثل الداء السكري (ص 671)، أو الادمان على الكحول (ص 349)، أو نقص بعض الڤيتامينات (ص 630)، أو فقر الدم بسبب نقص ڤيتامين (B_{12}) (ص 517)، أو وجود أورام في أجزاء مركزية من الجسم، وهناك أسباب أخرى محتملة عديدة تشمل تناول بعض العقاقير، كمسكنات الألم مثلاً، لمدة طويلة جداً، والتعرض الشديد لمواد كيميائية معينة (خاصة الزرنيخ والزئبق والرصاص والفوسفات العضوي الموجود في المبيدات الحشرية)، لذلك فإن تجنب المواد الكيميائية السامة والأذيات والإفراط بتناول الكحول، بالإضافة إلى مراقبة غذائية جيدة، وممارسة تمارين رياضية، يساعد كثيراً على الوقاية من الاعتلال العصبي.

الأعراض: في معظم أشكال الاعتلال العصبي المحيطي، تبدأ الأعراض تدريجياً خلال عدة شهور، ولكن هناك استثناء هو متلازمة غيّان باريه (البحث التالي). وتكون الأعراض النموذجية إحساساً بالنخز يبدأ باليدين والقدمين، وينتشر ببطء إلى كامل الأطراف الأربعة والجذع، ثم وبنفس الطريقة يتطور التنميل، وغالباً ما يصبح الجلد حساساً جداً، ويحدث ألم عصبي المنشأ (ص 323)، وفي بعض الحالات يحصل ضعف تدريجي في قوة عضلات الجسم.

المضاعفات: يشيع الاعتلال العصبي المحيطي نسبياً بين الكحوليين ومرضى السكري، وأما الحالات، التي تسببها المواد الكيميائية المؤذية أو السامة فهي نادرة بين عامة الناس، ولكنها تشاهد عند عمال المزارع والذين يعملون في أعمال أخرى بشكل يتعرضون فيه للمواد الكيميائية.

إن المصاب بالاعتلال العصبي المحيطي لا يشعر بالأذيات التي تصيب الجزء المتنمل من

جسمه حتى لو أصيبت بالخمج أو التقرح، وإن التنميل في الأصابع يجعل المصاب أكثر عرضة للحوادث، وكذلك يرافق تلاشي قوة العضلات التدريجي ضعف، وأن التنميل في الأصابع من الممكن أن يصبح شللاً.

العلاج: لأن العطب البطيء الذي يصيب الأعصاب قد يتحسن بسرعة، أو قد لا يتحسن أبداً، فإن التشخيص الباكر مهم جداً في هذه الحالة. فإذا بدأت يدا الشخص وقدماه بالنخز خاصة إذا كان أي من العوامل المسببة لهذه الحالة متوافر لديه، يراجع الطبيب فوراً.

لا يوجد علاج جراحي أو طبي مباشر، ولكن إذا كان سبب المشكلة هو الداء السكري، أو بعض الاضطرابات المزمنة الأخرى، فيجب علاج هذه الأمراض بشكل فعال لإيقاف أو إبطاء تقدم المرض. وإذا كانت المواد الكيميائية السامة هي المسببة للمشكلة فيجب التوقف فوراً عن التعرض لتلك المواد. وينصح المصاب باستعمال عكاز أو بدائلها، وإجراء معالجة جسمية، والانتباه جيداً إلى احتمال إصابة المناطق المتنملة بالجروح أو القروح ومراجعة الطبيب عند ظهور أي كدمة أو قرحة على الجسم.

متلازمة غيَّان ـ باريه (Guillain - barr syndrome)

هو شكل حاد وغير شائع من أشكال الاعتلال العصبي المحيطي يمكن أن يتلو عملياً أي إصابة بالأخماج الڤيروسية المنشأ، أو حتى التلقيح (التمنيع) ضدها، وسبب حدوث ذلك غير واضح، حيث يظن بعض الأطباء أنه ناتج عن رد فعل أرجي غير متوقع لڤيروس سبب المرض، أو عن رد فعل للقّاح الذي تم استعماله في التمنيع (التلقيح)، حيث تظهر الأعراض بعد عدة أيام من شفاء المرض الأساسي المسبب، أو من بعد إعطاء اللقاح، وغالباً ما تكون الأعراض شديدة، فيحصل خلال ساعات إحساس بالتنميل والنخز ثم الضعف أو الشلل، ينتشر من اليدين والقدمين إلى باقي أجزاء الجسم. وغالباً ما يؤثر الشلل على عملية التنفس مما يؤدي إلى ضرورة وضع المصاب تحت العناية الطبية المشددة في المستشفى.

وعلى خلاف الاعتلال العصبي المحيطي طويل الأمد فإن الضرر العصبي لمتلازمة غيَّان باريه يكون مؤقت عادة.

ـ 4 ـ
الاضطرابات الوظيفية (Functional disorders)

إن معظم الأمراض لها سبب جسمي كالأورام أو الجلطة الدموية التي تسد وعاءً دموياً أو الأخماج التي تسبب الالتهابات. ولكن هناك العديد من الاضطرابات الشائعة في الجهاز العصبي المركزي لا يبدو أن لها مثل هذا السبب البنيوي، بل على ما يبدو أن سببها خطأ ما في طريقة عمل الدماغ وأوعية الدم.

لا تزال الأسباب الجسمية لهذه الاضطرابات، كالشقيقة والصداع والصرع، مجهولة إلى

حدٍّ كبير، ولهذا يتم عادة تحديد الحالات نفسها بأعراضها المميزة لها أكثر من تحديدها بالحدث الذي سببها. وقد تمكنت الأبحاث الطبية الحديثة من اكتشاف طرق فعالة لتخفيف أعراض الكثير من هذه الاضطرابات بالرغم من أن شفاءها الفعلي غير ممكن بعد. ونتيجة لذلك فإن معظم الناس الذين يعانون من اضطرابات مثل الصرع يعيشون الآن حياة طبيعية تقريباً (يتعايشون مع مرضهم).

الصداع (Headache)

تشكل الصداعات، أحياناً، عرضاً لمرض أو اضطراب، مثل الأنفلونزا أو النزف تحت العنكبوتية، والواقع أن حوالي ربع الاضطرابات المناقشة في هذا الكتاب تتضمن الصُداع كعرض ممكن، ومع ذلك فإن معظم الصُداعات تحصل مستقلة عن أي اضطراب وتحدث دونما سبب ظاهر (غالباً)، وتزول في غضون بضع ساعات ولا تترك أية آثار لاحقة، وبمعنى آخر فإن غالبية الصداعات، ومهما كانت مؤلمة، فالمُرجَّح أن تكون عابرة، ويجلبها التوتر الذي يلقي إجهاداً على الأنسجة العضلية أو الأوعية الدموية في العنق أو الرأس أو كليهما.

هناك العديد من العوامل التي يمكن أن تسبب صُداعات، سواء أكانت هذه العوامل مفردة أو متضافرة وتشمل، الكرب، قلة النوم أو كثرته، الإفراط في الطعام، الإكثار من تناول المشروبات الكحولية، البيئة الفاسدة الهواء أو البيئة الصاخبة، العمل الزائد، التعرض للبرد والتيارات الهوائية خاصة أثناء النوم، وغيرها...

إن الأنسجة الدماغية، بحدِّ ذاتها، غير مؤلمة، فهي غير حساسة للألم لأن الدماغ نفسه لا يحوي أعصاباً حسية، والحساسية في هذه الناحية توجد فقط في السحايا (وهي الأغشية الثلاث التي تُغَلِّفُ الدماغ)، والجلد والعضلات التي تغطي الجمجمة، والكثير من الأعصاب الصادرة عن الدماغ نحو الرأس والوجه.

ربما لا تستطيع معرفة السبب الذي أحدث لك صُداعاً، ومع ذلك فمن وجهة نظر وظيفية هناك فقط سببان شائعان للصداع، **الأول** هو الإجهاد الواقع على العضلات العنقية والوجهية وعضلات فروة الرأس، والناجم عادة عن التوتر، ويدعى هذا النمط من الصداع بصداع التوتر، **والثاني** هو توسع الأوعية الدموية في ناحية الرأس، والذي يفضي لإجهاد جدران هذه الأوعية، ويدعى هذا النمط بالصداع الوعائي.

فإذا كنت، على سبيل المثال، واقعاً تحت تأثير كرب عاطفي فقد تظن أن القلق أو الأسى قد سبب لك الصُداع، وهذا صحيح، ولكن بشكل غير مباشر، فالواقع أن الانفعال قد أثر عليك بطريقة ما فأحدث توتراً جسمياً أدى إلى الألم، وبالمثل إذا أمضيت ساعات طويلة مركزاً على عمل دراسي فإن الصداع الناتج يحدث بسبب وضعية جسمك أثناء العمل، أو ربما بسبب إجهاد العينين وليس بسبب الجهد الذهني.

أما الصُداع الوصفي الصباحي لتناول كمية زائدة من الكحول، في الليلة السابقة، فربما يعود إلى توسع الأوعية الدموية في الدماغ، إذ أن الكحول يعمل على توسيع الأوعية الدموية في الجسم. وإضافة إلى ذلك فإن صُداع التوتر ربما يظهر بسبب أن الألم الوعائي يفضي إلى إجهاد في عضلات الرأس والعنق.

العلاج: إذا كنت تصاب بالصُداع من وقت لآخر منذ سنوات عديدة، فمن المحتمل أنك تعرف مسبقاً ما الذي يجلب لك الصُداع، وما إذا كان هذا الصُداع هو شقيقة أو صُداعاً تعاقبياً، وربما تعرف أيضاً الطريقة الأفضل للسيطرة على الألم، ومع ذلك فإن كنت لا تصاب عادة بالصُداع وظهرت لديك، حديثاً، آلام شديدة، فالأولوية، بالنسبة لك، هي اكتشاف السبب الممكن لهذه الصُداعات (راجع مخطط الصُداع رقم (11) من مخططات التشخيص الذاتي).
فإذا كان لديك أعراض أخرى إضافة للصُداع، كارتفاع حرارتك مثلاً، فربما يكون السبب إصابتك بالأنفلونزا، أما إذا كنت قد أصبت حديثاً بأذية على الرأس وتشعر بالنعاس والغثيان، فقد تكون مصاباً بنزف تحت الجافية (ص 294)، وإذا كان الألم من الشدة بحيث تحني رأسك للأمام، وإذا كنت أصبت أيضاً بغثيان، أو قد تقيأت فمن الممكن أنك مصاب بالنزف تحت العنكبوتية (ص 292)، وفي أي من هذه الأحوال عليك الذهاب إلى المستشفى، قسم الطوارىء مباشرة، وإذا كنت محموماً والضوء يؤذي عينيك، وكان حني الرأس للأمام مؤلماً بالنسبة لك، فربما تكون مصاباً بالتهاب السحايا (ص 296)، أو بالشقيقة، وعليك مراجعة طبيبك فوراً.

إن الصُداع الذي يظهر دون أعراض مرافقة، ويختفي طوال الليل لا يحتمل أن يكون مدعاة للقلق، أما إذا كانت الصُداعات تدوم أكثر من / 24/ ساعة، أو تُعاود الظهور (2 ـ 3 مرات أسبوعياً) فيتوجب عليك مراجعة طبيب أمراض عصبية للتأكد من أنك لا تعاني من مرض عصبي كامن.

العلاج الذاتي: إن التوتر المعاود أو الصُداعات الوعائية تشير لوجود كَرْب في أسلوب حياتك. ويشكل كل من شرب الكحول والتدخين أيضاً ، سببين أساسيين للصُداعات الوعائية، وقد يساهمان أيضاً في جعل الأنماط الأخرى من الصُداعات أكثر شدة.

يمكن عادة تخفيف صُداعات التوتر البسيطة أو الصُداعات الوعائية البسيطة بتناول دواء مسكن (كالأسبرين) كما تفيدك التدابير التالية:

- حاول أن تسترخي وادلك ومطّط باعتدال كتفيك وفكيك وعنقك وفروة رأسك.
- خذ حماماً دافئاً ثم استلقِ واسترح.
- ضع غطاءً جافاً أو بارداً ورطباً، حسبما ترتاح، فوق مكان الألم.
- تناول الكثير من عصير الفواكه وامتنع عن تناول الكحول، والتدخين.
- يكون عادة قضاء ليلة مريحة في النوم خير علاج لصُداعك.

العلاج الاختصاصي: إذا كان الصُداع يعاودك عدة مرات كل أسبوع، فراجع طبيبك فربما يمكن اكتشاف السبب الكامن لتلك الصُداعات.

الشقيقة (Migraine)

إن الشخص المصاب بالشقيقة يعاني من صُداعات دورية يرافقها عموماً أعراض أخرى، مثل الغثيان واضطراب البصر، مما يجعله عاجزاً بشكل كامل طوال فترة نوبة الصُداع. وبالرغم من البحث الطبي المكثف فإنه لم يعرف حتى الآن لماذا يكون بعض الناس عرضة لمثل هذه الهجمات من الصُداع أو ما الذي يطلقها.

يبدو واضحاً، في العديد من الحالات، أن ثمة عوامل محددة تكون مسؤولة عن ظهور الهجمات، فمثلاً، يميل الاستعداد لصُداعات الشقيقة للتواتر في العائلات مما يوجه الانتباه لوجود سبب وراثي لهذا الاضطراب، وفي بعض الحالات وُجد أن بعض الأطعمة بما فيها الشوكولا والجبن والنبيذ الأحمر تطلق الهجمات، وغالباً ما تتواجد علاقة بين الصُداعات المعاودة والحيض أو الكَرْب، وقد تكون النوبات ذات صلة أيضاً بمرض نفسي، أو أنها لا تمت بصلة لأي من هذه العوامل، وربما يكون السبب الحيوي للهجمة هو طريقة استجابة الشرايين المغذية للدماغ نحو العوامل المطلقة للهجمة مهما تكن هذه العوامل، ولسبب ما تصبح هذه الشرايين في البداية متضيقة ومن ثم تتوسع، وهذا التبدل يبدو أنه هو الذي يسبب الألم. هذا وإن تضيق الشرايين يُنقص أيضاً الإمداد الدموي إلى أجزاء من الدماغ، وهذا ربما يفسر الأعراض الأخرى المرافقة للشقيقة مثل اضطراب البصر.

الأعراض: مع أن هجمات الشقيقة تختلف بين شخص وآخر، فعادة يسبقها ويرافقها أعراض أخرى؛ فهي تبدأ بفترة منذرة تشعر خلالها بأنك متعب جداً ومنحرف المزاج، يتلو ذلك غثيان وإقياء وإسهال في بعض الأحيان، وقد تشعر وكأن هناك أضواءً ساطعة لا تحتمل، كما قد تصاب أيضاً بشكل من الاضطراب البَصَري يكون أسوأ عادة في أحد العينين، مثل الرؤية الضبابية أو الزيغ المتعرج، وتدوم الأعراض المنذرة الطليعية لفترات زمنية متفاوتة، ما بين عدة دقائق وعدة ساعات، وعندما يبدأ الصُداع تميل الأعراض المنذرة للتراجع، ويُرَجَّح أن يحدث ألم قابض شديد يبدأ في أحد شقي جبهتك وينتشر تدريجياً، ويحتمل بعد ذلك أن يبدأ الألم في التحول نحو الشكل النابض، ويصبح كامل الرأس مؤلماً، وقد تحتقن العينان ويظهر على المصاب الشحوب والإعياء، ويتركز الألم، في بعض الحالات، ما بين العين والأنف، ويميل كل من العين والأنف للسيلان.

لا يمكن التنبؤ بمدى كل هجمة شقيقة وبتوقيت الصُداعات وبالفترات الخالية من الصُداع، ولكن يمكن تعلم طبيعة واستمرارية كل نوبة من النوبات بالاعتماد على الخبرات السابقة بهذا الاضطراب.

من الأعراض الأندر التي يعاني منها بعض الناس، هناك التَنَمُّل أو الوَخْز بأحد الأذرع، أو على امتداد أحد شقي الجسم، والدُوام، والطنين في الأذنين وتخليط ذهني مؤقت.

المضاعفات: إن الشقيقة حالة شائعة بين الناس، لكنها نادرة الحدوث قبل البلوغ، إلا أن الآلام البطنية المعاودة غير المفسرة لدى بعض الأطفال تشكل أحياناً دليلاً بأن هؤلاء الأطفال سيصابون بصُداعات الشقيقة في مرحلة لاحقة من حياتهم، ، ومن النادر جداً أن تأتي الهجمة الأولى للشقيقة فعلياً بعد الأربعين من العمر، ومن الأرجح أن يصاب الإنسان بالشقيقة إذا كانت منتشرة بين أفراد أسرته، وخاصة الإناث منهم، لأن هذه الإصابة أكثر لدى النساء منها عند الرجال، ورغم أن صُداعات الشقيقة تسبب معاناة هائلة فهي ليست خطيرة، ومع ذلك فإن قيادة سيارة أو تشغيل آلية أثناء نوبة الألم فيه مجازفة كبيرة، وقد عُرف لدى قلة من الناس أن التَنَمُّل أو الضعف أو الاضطراب البصري قد يصبح طاغياً في بعض الحالات النادرة.

العلاج: إذا كنت تصاب بصُداعات شديدة معاودة لا تستطيع السيطرة عليها بتناول المسكنات البسيطة كالأسبرين، فاستشر طبيبك، مع العلم أنه لا يوجد اختبارات تشخيصية لتحديد ما إذا كانت صُداعاتك عائدة إلى الشقيقة أو إلى مشكلة أخرى، لكن الطبيب الخبير، واستناداً إلى وصفك للحالة، يستطيع تحديد التشخيص.

العلاج الذاتي: ربما تكون أنت نفسك خير طبيب لنفسك، لأنك تملك الوقت والحافز لدراسة حالتك الخاصة بالتفصيل، احتفظ بمفكرة تسجل فيها زمن بدء وطول كل هجمة شقيقة، وأي مظهر آخر ذا صلة بأسلوب حياتك، سجل ما تتناوله من طعام وشراب وكحول وقهوة وغيرها، وزمن ذهابك للنوم ووقت استيقاظك (يصاب بعض الناس بآلام الشقيقة في الصباح بعد فترة نوم طويلة على خلاف المعتاد)، وهذا السجل سيساعد كثيراً على معرفة سبب هجمات الألم، مما يمكنك من اتخاذ الحيطة المناسبة.

يبدو بالنسبة لبعض النساء أن تناول مانعات الحمل هي التي تطلق الهجمات، فإذا كان الأمر كذلك فإن طبيبك سينصحك بتبديل نوع الدواء المانع أو تبديل طريقة المنع.

عندما تتآلف مع تمييز العلامات المنذرة الطليعية لهجمة الألم المنتظرة، فقد تتمكن من اتقاء الهجمة بتناول الدواء الأكثر فاعلية في حالتك في اللحظة التي تظن أن هجمة الألم وشيكة الوقوع، خاصة أن إجهاض الهجمة في أطوارها الباكرة أسهل من السيطرة على آلامها حالما يصل الصُداع إلى أوجه.

العلاج الاختصاصي: لا يشفى مرض الشقيقة أبداً، ولكن يمكن تخفيف آلامها كثيراً أو قليلاً، وتكون المعالجة المقدمة في مراحل الهجمة المبكرة أكثر فاعلية، وهذه يمكن تحقيقها بتناول المسكنات، والأدوية المقبضة للأوعية، والأدوية التي تسيطر على الغثيان والإقياء بما فيها مضادات الهيستامين والفينوثيازين، مع العلم أن فعالية الأدوية تختلف من شخص إلى

آخر، ولذلك فقد يستغرق الأمر عدة شهور في تجريب مختلف الأدوية قبل أن يجد الطبيب الدواء الذي يناسبك على نحو أفضل، وننصحك بضرورة أن تتناول الدواء عند الحاجة فقط، وكما هو موصوف بالضبط.

إن الشقيقة المعاودة الشديدة قد تحتاج لمعالجة وقائية على أساس منتظم وقد أثبتت أدوية عديدة فاعليتها في هذا المجال بما فيها مستحضرات الإرغوت (Ergot preparations) وحاصرات بيتا (Beta-blockers) والميثي سيرجيد (Methysergide) (وهو مقبض وعائي)، ومع ذلك فهذه الأدوية قد تكون ذات آثار جانبية معاكسة ولذلك يجب تناولها فقط تحت الإشراف الطبي التام.

هنالك طرق بديلة لاتقاء آلام الشقيقة مثل المعالجة بالاسترخاء، واليوغا، والتلقيم الحيوي الراجع، كما قد يستفيد بعض المصابين بالشقيقة من الالتزام الصارم بحمية طعامية خاصة.

الصُداع التعاقبي (Cluster headache)

هو شكل من الشقيقة، يتصف بهجمات ألم حاد متباعدة تصيب أحد جانبي الرأس. تبدأ الهجمة أثناء الليل مسببة ألماً شديداً غير نابض يتركز عادة في عين واحدة وفيما حولها، مما يؤدي إلى استيقاظ المصاب، وتكون العين حمراء، ويسيل منها الدمع بغزارة، كما يسيل من فتحة أنف ذاك الجانب من الرأس سائل صاف. وغالباً، يدوم الألم عدة ساعات ثم يزول، ليعود من جديد خلال عدة ساعات أخرى. وبعد عدة أيام من هذه الهجمات المتكررة (العنقودية) يختفي الصُداع نهائياً، وربما لا يعاود مرة أخرى إلا بعد عدة سنوات.

العلاج: إن الهجمة المفاجئة لصُداع حاد مع ألم متركز بشكل رئيسي في عين واحدة وفيما حولها، له عدة أسباب تشمل الزَرَق الحاد (ص 374)، لذلك إذا كانت هذه الهجمة هي الأولى، فيجب مراجعة الطبيب فوراً. أما إذا كانت الهجمات معاودة فيجب اتباع الإجراءات نفسها المبينة في حالة الشقيقة (البحث السابق)، وهذا لأن الصُداع العنقودي كالشقيقة ينبّهه عامل معين كنوع من أنواع الأطعمة أو الكحول أو الكَرْب، وبشكل مشابه أيضاً للشقيقة، يتطلب الصُداع العنقودي المعالجة الدوائية ذاتها.

الصَرَع (Epilepsy)

هناك عدة أنواع للصَرَع لكل منها أعراضه المميزة له، ومهما كان نوع الصَرَع فسببه هو مشكلة في الاتصال بين الخلايا العصبية في الدماغ. عادة تتصل هذه الخلايا مع بعضها البعض بإرسال إشارات كهربائية ضعيفة ذهاباً وإياباً. وفي حالة شخص مصاب بالصَرَع، تصبح الإشارات الواردة من مجموعة واحدة من الخلايا العصبية قوية جداً بحيث تؤثر على الأجزاء

المجاورة من الدماغ. إن هذا التفريغ الكهربائي المفرط المفاجىء هو الذي يسبب العَرَض الرئيسي للصَرَع والذي يدعى نوبة الصَرَع (Seizure) أو الاختلاج (Convulsion).

من غير المعروف حتى الآن ما الذي يسبب سوء الإرسال في الإشارات الكهربائية، أو لماذا تُعاود هذه النوبات عند بعض الناس، وقد أظهرت دراسات معقدة وشاقة، شملت عدداً كبيراً من المصابين بالصَرَع، أنه تقريباً هناك إثنان من كل ثلاثة ليس لديهم شذوذ بنيوي محدد في الدماغ، أي أنه ليس لديهم أي خطأ واضح في البنية، أما الثلث الباقي منهم فيمكن إرجاع سبب الصَرَع عندهم لمشكلة مستبطنة كتضرر الدماغ أثناء الولادة، أو إصابة شديدة في الرأس، أو خمج في نسيج الدماغ، وأحياناً يمكن أن يسبب هذه الحالة وجود ورم في الدماغ (ص309)، ويكون هذا أكثر احتمالاً بشكل خاص عندما يظهر الصَرَع للمرة الأولى في سن المراهقة.

الأعراض: إن العَرَض الرئيسي للصَرَع هو طَوْرٌ من السلوك قصير وغير عادي يعرف بالنوبة (نوبة الصَرَع) أو الاختلاج. ومن المهم أن ندرك أن إصابة المرء بنوبة واحدة لا يعني إصابته بالصَرَع، لأن نوبات الصَرَع تتكرر وتعاود دائماً.

للصَرَع عدة أشكال، وشكلاه الرئيسان هما الصَرَع الصغير والصَرَع الكبير.

- **الصَرَع الصغير** (Petit mal): هو مرض الطفولة، حيث تختفي أعراضه عادة بعد انتهاء المرحلة الأخيرة من المراهقة. يكون الطفل عادة مصاباً بهذا النوع من الصَرَع إذا توقف فجأة (مذهولاً)، من حين لآخر، عن فعل أي نشاط مهما يكن، وحدق بذهول حوله لمدة بضعة ثواني (بعض الأحيان يصل الوقت حتى نصف دقيقة)، وهذه الفترة القصيرة من الذهول تعرف بنوبة الصَرَع الصغير، حيث لا يدرك الطفل أثناءها ما يحدث حوله، وربما حصلت حركة نفض خفيفة للرأس أو الذراع، ورغم ذلك فإن هذا الصَرَع عادة لا يسبب السقوط على الأرض. وعندما تنتهي النوبة، لا يُدرك الطفل غالباً أن نوبة ذهول قصيرة قد حدثت له.
- **الصَرَع الكبير** (Grand mal): يتميز بحدوث نوبة أشد بكثير من نوبة الصَرَع الصغير، حيث يقع الشخص على الأرض فاقداً وعيه، ثم يتشنج كل جسمه، ثم ينتفض مرات عديدة بحيث لا يمكن السيطرة على تلك الاختلاجات، ويستمر ذلك لعدة دقائق تتبعه فترة نوم عميق أو ارتباك ذهني. وأثناء النوبة يفقد بعض المصابين السيطرة على مثانتهم فيبولون في سراويلهم. وفي عدة حالات يحصل لدى المصاب إشارة تحذير باقتراب النوبة، وذلك بإحساسات معينة غريبة تحدث قبل فقدان الوعي، وتُدعى أي إشارة من هذا النوع بالأَوْرة (Aura) (شعور خاص ينذر بقرب موعد نوبة الصَرَع)، وهي قد تحدث قبل النوبة مباشرة، أو قبلها بعدة ساعات، وربما لا تكون الأَوْرَة أكثر من شعور بالتوتر أو بشعور آخر لا

يمكن تحديده بالضبط، ولكن بعض المصابين بالصَرَع يحصل لديهم أورات محددة تماماً كالإحساس بروائح كريهة، أو سماع أصوات غريبة أو حدوث رؤيا مشوشة، أو إحساس جسمي غريب، خاصة في المعدة. الكثير من المصابين بالصَرَع يتعلمون تمييز «أوراتهم» الخاصة بهم، وهذا يمنحهم وقتاً لتجنب الحوادث عندما يكونون فاقدي الوعي.

هناك أشكال أخرى من الصَرَع أقل شيوعاً. منها الصَرَع البؤري (Focal epilepsy) وصَرَعْ الفص الصدغي (Temporal lobe epilepsy). إن الشخص المصاب بالصَرَع البؤري لا يفقد وعيه بالضرورة، وتبدأ النوبة بنفضة لا إرادية لجزء صغير من الجسم ثم تنتشر بالتدريج. ربما يبدأ إبهام اليد الواحدة، على سبيل المثال، بالنفض، يتبعه نفض كامل اليد، ومن ثم باقي هذا الجانب من الجسم، وبعد ذلك ربما تحدث نوبة شاملة لكامل الجسم. أما الشخص المصاب بصَرَعْ الفَص الصدغي فيحصل لديه أَوْرَة تستمر فقط لبضعة ثوانٍ، ثم، وبدون إدراك لهذه الأورة، يقوم الشخص بعمل شيء ما ليس من طبعه، كأن يغضب فجأة أو يضحك بدون سبب واضح، أو يقطع نشاطه الاعتيادي بنوع من السلوك الغريب، ويجري حركات مضغ غريبة في فمه أثناء مثل هذه النوبة.

المضاعفات: الصرع أكثر شيوعاً عند الأطفال منه عند الكبار، خاصة أن الصَرَع الصغير يصيب، بشكل عام، الأطفال ثم يختفي عادة قبل انتهاء سن المراهقة. نذكِّر أن الاختلاجات غير المتكررة والمنفردة، التي تشيع عند الأطفال، تحدث غالباً بسبب ارتفاع حرارة الطفل، التي تسببها الأمراض الخمجية (راجع الاختلاجات عند الأطفال ص 895) فإذا أصيب طفلك بمثل هذه الاختلاجات فهو غير مصاب بالصَرَع، وإذا شككت بالأمر فراجعي طبيبك.

إذا كنت مريضاً بالصَرَع، أو تتناول العقاقير الخاصة بعلاج هذا المرض، وكنت رغم ذلك تُصاب بنوبات عرضية من حين لآخر، فتذكر دائماً أن هناك خطر حدوث النوبة في أي مكان وزمان. فإذا لم تتم السيطرة على حالتك بشكل ناجح، فإنك تعرض حياتك وحياة الآخرين للخطر إذا كنت تقود آليات عامة أو خاصة مثلاً، ولهذا السبب يجب أن لا تقود أبداً أي آلية ما لم يتم التحكم بنوباتك بشكل جيد، وأن لا تعمل أي عمل له علاقة بالسلامة العامة بشكل عام. حتى لو كان مكان تواجدك عند النوبة آمناً نسبياً فمن الممكن أن يحدث لك حوادث مؤذية، فعندما تطبق فكيك بقوة، على سبيل المثال، ربما تعض لسانك بشكل سيء جداً، أو ربما تسقط على جسم حاد وخطر، أو أن يرتطم رأسك، أو أي جزء من جسمك، بجسم صلب يؤذيك.

من المعروف أن الاختلاجات المتكررة اللاإرادية يمكن أن تسبب ضرراً دماغياً دائماً، ولكن هذا نادر الحدوث.

العلاج: عند مراجعة الطبيب فإنه سيسأل عن كل صغيرة وكبيرة حول كل ما له علاقة بالحالة. فإذا لم يكن هناك مرض حديث ألمَّ بالمصاب، أو إصابة حديثة وقعت له، من الممكن أن تكون سبباً للاختلاجات، فقد يشخِّص الحالة على أنها صَرَع، وسيطلب إجراء فحص مخطط كهربائية الدماغ (EEG) للمساعدة في تأكيد التشخيص، وتصوير شعاعي للجمجمة، وفحوصات للدم، وربما تفريس (CAT) للدماغ (راجع التعاريف ص 9)، وبعدما يتم التأكد من وجود الإصابة بالصَرَع يبدأ العلاج.

العلاج الذاتي: يجب التأكد أن المصاب بالصَرَع يأخذ دواءه بدقة وحسب الوصفة، فإذا تم تقيؤ الحبوب، لأي سبب كان فيجب تناول جرعة أخرى منها، ولكن إذا نسي تناول جرعته وحان موعد الجرعة الأخرى فلا يجب تعويضها بأخذ جرعة مضاعفة، بل يمكن الاستمرار في تناول الجرعات المعتادة، ويفضل أخذ رأي الطبيب في الحل الأفضل إذا حدث ذلك مرة أخرى.

على مريض الصَرَع أن يحمل باستمرار بطاقة خاصة يدوِّن فيها كل المعلومات الشخصية ويُسجل فيها بوضوح أنه مصاب بالصَرَع، ويدوِّن عليها أيضاً تعليمات كيفية تقديم المساعدة له أثناء النوبة إذا حصلت له هجمة غير متوقعة في مكان غير مناسب.

العلاج الاختصاصي: لا يشفى الصَرَع عادة إلا في حالات، نادرة نسبياً، ناتجة عن إصابة دماغية أو أورام، أو أخماج دماغية أيضاً. لكن تناول عقاقير مضادة للاختلاج، حسب الوصفة، تمنع حصول نوبات لدى المصابين بالصَرَع. ويجب تناول الدواء حسب تعليمات الطبيب بدقة وانتظام، وربما طوال العمر إذا كانت الهجمات مستمرة. وكما هو مبين أعلاه، ربما يشفى الطفل الصغير المصاب بالصَرَع من هذا المرض مع مرور الوقت. وفي جميع الحالات يجب عدم التوقف عن تناول الدواء بشكل فجائي إطلاقاً ولأي سبب كان، وإذا كان ذلك ضرورياً لسبب ما فإن الطبيب وحده يعلِّم المريض كيفية فعل ذلك.

لمضادات الاختلاج أحياناً تأثيرات جانبية غير مرضية، خصوصاً إذا تم تناولها بكميات كبيرة، لذلك يجب مراجعة الطبيب من حين لآخر من أجل إجراء فحوصات عامة وفحوصات دم، وإذا أمكن، في حالة الضرورة، تعديل الجُرعات، وإذا لم يكن الدواء ذا فعالية مُرضية يمكن أن يزيد الطبيب الجُرعة، أو يصف نوعاً آخر.

إن كان الاختلاج ناتجاً عن اضطراب مستبطِن فعندها يجب علاج هذا الاضطراب حتى يَشفى، وبعدها يتم التوقف عن استعمال مضادات الاختلاج بالتدريج وحسب رأي الطبيب وتوجيهاته.

كيف نساعد شخصاً أصابته نوبة صَرَع؟

تكون بعض نوبات الصَرَع خفيفة وعابرة، وفي مثل هذه الحالة من الاختلاج الثانوي البسيط، تعامل مع الشخص المصاب بهدوء ولطف وتعاطف، وإياك أن تعنفه أو تدفعه لأنه يكون غير واعٍ ولا مدرك تماماً لما يدور حوله. أرشده برفق وساعده بحنان للوصول إلى مكان آمن إن حصلت له النوبة في مكان خطر (وسط الشارع مثلاً)، ولا تنسَ أنه مهما أبدى من نشاط فهو غير واعٍ عملياً لما يقوم به.

أما إذا صادف أن شخصاً مصاباً بالصَرَع الكبير قد حدثت له نوبة وأوشك أن يسقط على الأرض أو سقط فعلاًوبدأ ينتفض، فلا تخف من منظره واعلم أنه مريض، وقدم له المساعدة كما يلي:

1) إن بدأت النوبة، والمصاب في مكان خطر كوجوده على سلم أو درج مثلاً، أو غير ذلك فحاول بسرعة مساعدته للوصول إلى مكان آمن، وبخلاف ذلك لا تحاول تحريكه.
2) أبعد أي شيء قريب من المصاب يمكن أن يسبب له أذى أثناء الاختلاج.
3) لا تحاول منع المصاب بالنوبة من الاختلاج، ولا تثبت يديه ولا رجليه.
4) فك ياقة المصاب، وإن أمكنك حاول (بلطف) سحب فكه الأسفل نحو الأمام، ومدد العنق بحيث يستطيع التنفس بسهولة. أثناء طور النوبة النشيط يخفُّ التنفس كثيراً (ولكن لا يمكن إجراء تنفس اصطناعي)، وبعدما تسترخي العضلات سيعود المصاب للتنفس بشكل طبيعي.
5) معظم النوبات تدوم لمدة دقيقة أو دقيقتين، فإذا دامت النوبة لأكثر من 3 دقائق، أو إذا بدأت نوبة أخرى بعد النوبة الأولى بعدة دقائق، استدعِ الطبيب فوراً، أو انقل المصاب بشكل طارىء (إسعاف) إلى المستشفى، وتذكر أنه ربما يكون المصاب حاملاً للبطاقة التي تعطي المعلومات الخاصة بالحالة الطارئة هذه.
6) العديد من المصابين بالصَرَع يخلدون إلى النوم بعد انتهاء النوبة. إذا حدث ذلك ضع المصاب بوضعية الشفاء (Recovery) (راجع وضعية الشفاء ص 959) واتركه يستيقظ طبيعياً. وإذا أمكن انقله إلى مكان هادىء لتسمح له بنوم غير قلق، ولكن تأكد، من حين لآخر، أن كل شيء يسير على ما يرام.
7) إن لم يكن الشخص حاملاً للبطاقة، أو إن كان لا يُعرف بأنه مصاب بالصَرَع، فخذه إلى الطبيب أو اطلب له سيارة إسعاف.
8) هناك بعض المصابين يتبولون في ثيابهم أثناء النوبة مما يسبب حرجاً لهم، فتذكر أنت أن هذا الأمر من ضمن أعراض المرض، فلا تسبب لهم مزيداً من الحرج.

أخيراً نقول إن هناك اعتقاداً خاطئاً عند البعض حيث يظنون أن أهم شيء يجب فعله للمصاب بالصَرَع، في حالة الاختلاج، هو إدخال شيء ما بين أسنانه لكي لا يعض أو يبلع لسانه. إن محاولة القيام بمثل ذلك أثناء الاختلاج قد يسبب فعلياً أذىً لفم المريض.

التعامل مع مصاب بالصرع أثناء وبعد النوبة

تسبب نوبة الصرع فقدان وعي تام، مع حركات اختلاجية عنيفة في الساقين والذراعين والفك الأسفل، فإذا اصيب أحدهم بنوبة صرع وأنت موجود فتأكد، قبل كل شيء من عدم وجود خطر محيط بالمصاب أثناء الاختلاج. لذلك ابدأ بإبعاد الأشياء القريبة منه حتى لا يصطدم بها أو تسقط عليه، ولا تحاول تقييد حركاته أو إدخال أي شيء في فمه بالقوة. أما إذا أردت أن تضع شيئاً في فمه كي لا يعض لسانه فاحرص على أن لا يكون ذلك الشيء قابلاً للبلع، واجعله شيئاً ليناً (كطرف منشفة مثلاً)، لا تدخل كتلة كبيرة إلى داخل الفم بل جزءاً يسيراً فقط، واعلم أن بعض المرضى يبولون على ثيابهم أثناء النوبة، وهذا أمر لا يدعو للقلق ولكنه يسبب الحرج للمصاب.

بعد انتهاء النوبة ضع المصاب برفق في وضعية الإنعاش وتأكد من أنه لم يبلع لسانه أو أن اللسان يسد مجرى الهواء وغطه بملاءة ولا تدعه يبرد. وإذا كانت هذه أول نوبة للمصاب فيجب استدعاء الطبيب فوراً.

الحُبْسَة (Aphasia)

هي فقدان القدرة على التعبير أو النُطق أو الفهم لبعض الكلمات، يحدث غالباً نتيجة ضرر في مراكز اللغة في الدماغ، وتتميز بفقدان كامل، أو جزئي، لفهم الكلمات (حسب مدى ضرر الدماغ)، وتعطل وظائف لغوية معينة دون الوظائف الأخرى. على سبيل المثال من الممكن أن تتأثر مهارات نطق الكلمة وليس كتابتها، وفي بعض الأحيان يتأثر نطق الشخص، ولكن لا يتأثر فهمه لكلام الآخرين.

ظاهرياً، الحُبسة مشابهة لنوع رئيسي آخر من اضطراب النُطق يعرف باسم عسر التلفظ، سببه عسر التحكم بعضلات الشفاه واللسان والوجه. وقد تكون المسألة بسيطة ومشابهة لفقدان مؤقت للإحساس في الفم بعد أن يحقن طبيب الأسنان مخدراً موضعياً لعلاج بعض الأسنان، ولكنها قد تنتج أيضاً عن إصابة في الأعصاب أو في المنطقة الدماغية المسؤولة عن التحكم بالعضلات المستعملة في النطق، ويستطيع الأرِتَّاء (Dysarthric) (الأشخاص المصابون بعسر التلفظ) أن يفهموا ما يسمعون وأن يقرأوا ويكتبوا بدون صعوبة، بالرغم من أنهم غير قادرين على التلفظ بكلمة واحدة مفيدة.

بما أن الحُبسة تحدث عادة بسبب اضطراب معين في الدماغ (عادة تكون عرضاً لاضطراب نفسي) فإن معالجتها تبدأ بتحديد سببها المستبطن، وعندما يكون سببها ضرراً حدث في الدماغ نتيجة ضربة ما، فإن الأمر عند ذلك يتعلق بمدى الضرر الحاصل في مركز النطق في الدماغ. وعلى أية حال فإن درجة معينة من التحسن التلقائي خلال الأسابيع أو الأشهر التي تلي الضربة، مع معالجة النطق، غالباً ما تؤدي إلى شفاء أساسي.

الدُوام (Dizziness)

إن الدُوام (الدوار) هو الإحساس بأنك تدور والأشياء ثابتة من حولك، أو أنك ثابت والأشياء تدور من حولك. وهو ليس مرضاً ولكنه عرض لاضطراب في الدماغ و/أو في أعضاء التوازن في الأذن الداخلية (راجع الأذن الداخلية ص 399)، وقد يحدث الدوام نتيجة واحد من عدة اضطرابات مستبطنة. فقد يكون سببه اضطراب معين، كالتهاب التيه (ص 399) أو داء منيير (ص 400) وغالباً ما يكون الاضطراب الوظيفي الذي يسبب الدُوام أمر طارىء وثانوي ومؤقت، لذلك يكون الدُوام أيضاً ثانوياً ومؤقتاً. وفي العديد من الحالات من المستحيل كشف سبب المشكلة. وغالباً ما يحدث الدُوام للمسنين (راجع التقدم في العمر والحواس ص 953).

ربما يكون الدُوام غير متكرر وخفيف، أو ربما يكون متكرراً دائماً وشديداً بحيث يشعر المصاب بالغثيان والإقياء وفقدان التوازن والسقوط أو حتى الإغماء.

العلاج: لدى مراجعة الطبيب فإنه سيجري للمصاب فحوصات تشخيصية خاصة لتحديد فيما إذا كان هناك خلل خطير أم لا، وأفضل طريقة للتعامل مع الدُوام هي الاستلقاء وإغماض العينين مع الاسترخاء، حتى يختفي تماماً. وإذا لم يكن هناك أي سبب مستبطن للهجمات المستمرة، يصف الطبيب دواءً يساعد على استتباب آلية التوازن في الأذنين الداخليتين.

الألم العصبي (Neuralgia)

الألم العصبي هو أي ألم ناشىء عن عصب متضرر، لذلك هناك أنواع متعددة من الأضرار تؤدي إلى هذا الاضطراب، حيث من الممكن أن تكون الإصابة مؤقتة وخفيفة أو مزمنة وشديدة، كما هو الحال في ألم العصب الوركي (النَّسَا) (ص 713)، والاعتلال العصبي المحيطي (ص 311)، وألم أسفل الظهر (ص 713)، وألم العصب المثلث التوائم (ص955)، وألم الوجه الذي يصيب، بشكل رئيسي، كبار السن.

يكون الألم العصبي عادة حاداً ويصعب تحمله، وكأنه يضرب على العصب المصاب، ويدوم عادة فقط لبضعة ثوانٍ، ولكن تحدث عدة هجمات بتتابع سريع.

تعتمد معالجة الألم العصبي على موضع العصب، أو الأعصاب المتضررة، وعلى سبب الضرر. فإذا أصابتك هجمات عَرَضِيَّة فإنك تستطيع تخفيف الألم بتناولك مسكن للألم، ولكن إذا لم يعد الألم محتملاً، استشر طبيبك. وقد تحتاج إلى إجراء فحوصات متعددة لتحديد سبب المشكلة، وفي بعض حالات الألم الشديد المستعصي في الوجه، ينصح بإجراء عملية لتخريب العصب المتضرر، وأيضاً ربما يتم وصف أدوية تغير الناقلية العصبية.

- 5 -
التنكسات (Degenerations)

يندرج تحت هذا العنوان عدد من الأمراض تتنكس فيها الخلايا العصبية وتموت، غالباً ببطء شديد، على امتداد أشهر أو سنوات. وتختلف الأعراض بشكل كبير حسب منطقة الدماغ (Brain) أو النخاع الشوكي (Spinal cord) التي حصل فيها تنكس الخلايا العصبية، ونتائج ذلك التنكس تكون مؤسفة وبعض الأحيان تكون محزنة.

الشلل الرعاشي (داء باركنسون) (Parkinson's disease)

يحدث الشلل الرعاشي بسبب تلف تدريجي في مراكز عصبية معينة داخل الدماغ، تلك المراكز هي التي تتحكم بتحريك العضلات، وبالتالي تحريك الجسم (وخاصة الحركات شبه الآلية، مثل تأرجح اليدين أثناء المشي). ويؤدي تلف هذه المراكز إلى اختلال التوازن الدقيق

بين عنصرين كيميائيين هما الدوبامين (Dopamine) والأستيل كولين (Acetyl choline) اللذين يتحكمان، لدرجة كبيرة، بنقل الإشارات العصبية داخل هذا الجزء من الجهاز العصبي، وهذا الاختلال يؤدي إلى حدوث أعراض الشلل الرعاشي.

لا يعلم أحد ما هي الأسباب الحقيقية التي تُحدث الأشكال الشائعة لهذا المرض، لكن يلاحظ، في بعض الحالات النادرة، أنَّ التنكس العصبي يكون نتيجة لعوامل معروفة مثل التسمم بأول أوكسيد الكربون، أو ارتفاع نسبة بعض المعادن داخل الأنسجة والتهاب الدماغ (ص 297)، وكذلك فإنَّ الجرعات الكبيرة (من بعض الأدوية) التي تستعمل في علاج حالات نفسية مثل مرض الفُصام (ص 333)، تؤدي أحياناً إلى أعراض الشلل الرُعاشي.

الأعراض: إنَّ العَرَض المميَّز للشلل الرعاشي هو رعشة مميزة دائمة ورجفان متواتر غير إرادي في اليد أو الرأس، أو كلاهما معاً، يكون غالباً مصحوباً بفرك أصبع الإبهام مع السبابة، وإذا بدأ المريض باستخدام العضو المصاب إرادياً تتناقص الرعشة أو تختفي نهائياً. وعندما تزداد حالة المريض سوءاً، تبدأ الحركات الجسمية الآلية بالتلاشي (مثل حركة تأرجح اليدين أثناء المشي)، وكذلك القدرة على الكتابة السليمة أو تحريك الفم واللسان للنطق بوضوح، وتخف القدرة على القيام بحركات جديدة أو التنقل من مكان إلى آخر.

من الملاحظ أنَّ الشلل الرعاشي لا يسبب ألماً أو خَدَراً أو وخزاً بل يؤدي فقط إلى انخفاض في القدرة على الحركة، بحيث يمكن أن يتعثر المصاب ويسقط على الأرض، لأنه يصعب عليه الحفاظ على التوازن أثناء المشي، وتصبح بعض الحركات صعبة على المصاب، كالنهوض عن الكرسي مثلاً، وفي مرحلة لاحقة يزداد إفراز اللعاب عند المريض ويصاب بانقباضات بطنية، وفي مرحلة أكثر تقدماً يتعرض لتلف في الذاكرة والأفكار.

المضاعفات: أغلب المصابين بمرض الشلل الرُعاشي من المسنين أو المتقدمين في العمر، والرجال عرضة للتأثر بالمرض أكثر من النساء. وهناك بعض الأدلة على وجود الشلل الرعاشي في بعض الأسر، ولأنّ المرض لا يصيب الأعصاب التي تعصب القلب أو الأعضاء الحيوية، فليس هناك تهديد مباشر على الحياة لكن فقدان القدرة الجسمية مع مرور الزمن. يمكن أن يؤدي إلى الاكتئاب، ورغم أنَّ العلاج، لا يشفي المرض تماماً فإن الأدوية الحديثة تساعد على بقاء المصابين في حالة صحية مقبولة.

العلاج: إذا شعر المرء بعد سن الخمسين، بوجود رعشة متوسطة الشدة في بعض أعضاء جسمه فليس هناك ما يبرر قلقه الزائد، فذلك يحدث عادة عند كثير ممن تقدم بهم العمر، أما إذ كانت الحالة أكثر سوءاً، أو ازدادت بشكل ملحوظ، يراجع الطبيب.

العلاج الذاتي: إنَّ مساعدة الأهل والأصدقاء للمصاب وتشجيعهم له تعطي ثمارها

غالباً، كما يساعد المريض كثيراً إدخال بعض التعديلات على منزله، كوضع درابزين إضافي، وتزويده بكرسي ذي دواليب، وإجرائه بعض التمارين الرياضية خاصة التي ينصح بها الطبيب. وإنَّ المعنويات العالية والشخصية القوية، والراحة النفسية كلها عوامل تساعد المريض كثيراً على الصمود.

العلاج الاختصاصي: لا ينصح الطبيب مرضاه الذين يعانون من أعراض خفيفة، باستعمال الأدوية لأنَّ لها تأثيرات جانبية سيئة، ولكن في الحالات الشديدة يمكن للأدوية الحديثة أن تخفف أعراض الحالة بشكل عام، ومن المفروض أن يراجع المريض طبيبه كل ستة أشهر لمراقبة تقدم الحالة، وذلك عندما يتم العلاج بالأدوية، تلك الأدوية التي تساعد على إعادة التوازن للعنصرين الكيميائيين، الدوبامين والأستيل كولين، داخل المنطقة المصابة في الدماغ، مع ملاحظة أنَّ بعض هذه الأدوية يسبب جفافاً في الفم. وإذا ساءت حالة المصاب كثيراً فمن الممكن أحياناً إجراء عملية جراحية على جزء من الدماغ، ذلك الجزء المسؤول عن الإصابة وخاصة عند الأشخاص الأصغر سناً.

التصلب المتعدد (Multiple sclerosis)

إن العديد من المسالك العصبية في الدماغ أو النخاع الشوكي مغلَّفة بغمدٍ واقٍ يدعى النخاعين (Myelin). وهذا النخاعين يقوم بتغذية الأعصاب ويسرِّع من مرور الدفعات الكهربائية عبرها. فإذا التهب النخاعين أو تورَّم وأثَّر بذلك على عدد من المسالك العصبية في أجزاء مختلفة من الجهاز العصبي المركزي، فذلك يعني الإصابة بمرض يدعى التصلب المتعدد. ومن الممكن أن يصيب هذا المرض أي جزء من الدماغ أو النخاع الشوكي يحتوي على أعصاب مغطاة بالنخاعين، وهناك بعض الأدلة تبين أن هذا الضرر قد تسببه الفيروسات، أو نقص أو شذوذ في المادة الدهنية التي يتألف منها النخاعين.

الأعراض: ينتشر النخاعين بشكل واسع في الجهاز العصبي المتفرع في كل أنحاء الجسم، بحيث يظهر التصلب المتعدد بعدة طرق مختلفة. ويبدأ بعرض قصير المدة مبهم يختفي تماماً خلال عدة أيام أو أسابيع، وهذه الحالة هي أكثر الحالات شيوعاً. فعلى سبيل المثال، ربما يحدث إحساس بالنخز أو التنميل أو الضعف في منطقة واحدة فقط من الجسم، أو طرف واحد أو جانب واحد من الجسم. ويسبب الضعف المؤقت لطرف ما عدم المقدرة على إتقان أي عمل، أو يؤدي إلى إسقاط الأشياء من اليد أثناء حملها، أو يسبب سحب القدم على الأرض أثناء السير بدلاً من رفعها. هذا النوع من الأعراض يظهر بشكل خاص بعد حمام ساخن أو تمارين رياضية مجهدة. وهناك إشارات أخرى تتضمن الترنُّح (عدم التوازن الجسمي المعمم)، وغباشة مؤقتة في الرؤيا، ونُطق مضطرب، وصعوبة أو نقص في التحكم بالتبول، ثم تختفي جميع هذه الأعراض وقد لا تحدث أية مشاكل أخرى بعد ذلك. ولكن يحصل لبعض

الأشخاص هجمات متكررة فتقل، في هذه الحالات، فرصة الشفاء التام بعد كل هجمة، ويظهر عجز دائم في الأطراف أو يحدث فقدان الرؤيا. وتدعى الفترات التي تفصل بين الهجمات بالهدآت (Remissions)، التي يستمر بعض المصابين أثناءها بأداء أعمالهم الاعتيادية ونشاطاتهم لمدة عشرين إلى ثلاثين عاماً.

المضاعفات: إن التصلب المتعدد ليس مرضاً وراثياً. في ثلثي الحالات تحصل أول همجة ما بين العشرين إلى الأربعين من العمر. وعملياً لا يبدأ هذا المرض أبداً عند الأطفال أو عند الذين تجاوزوا عمر الستين، ويصيب النساء بنسبة أكثر قليلاً من الرجال. وتزداد أعراض التصلب المتعدد عند النساء الحوامل سوءاً، ولهذا السبب تنصح مثل هؤلاء النسوة بعدم الإنجاب. وقد تسبب الهجمات المتكررة من التصلب المتعدد عجزاً شديداً عند بعض المصابين.

العلاج: لدى مراجعة الطبيب فإنه سيجري للمصاب فحوصات عديدة، بالإضافة إلى الفحص السريري، منها تصوير المسالك العصبية بالرنين المغناطيسي (MRI) (راجع التعريف ص 9) الذي يمكن أن يكشف أذية وصفية فيها، وإجراء فحوصات خاصة على ناقلية الدفعات العصبية ، وفحص السائل الدماغي الشوكي وغيرها، وأكثر هذه الفحوصات شيوعاً هو فحص الاستجابة البصرية المحرضة (Evoked)، حيث يراقب المريض لوحة شطرنج بيضاء وسوداء متبدلة معروضة على شاشة، وأثناء المراقبة تقوم مساري كهربائية (Electrodes) موضوعة خلف الرأس بالكشف عن النشاط الكهربائي لمركز الرؤية في الدماغ. وهذا النشاط الكهربائي هو الاستجابة البصرية المحرضة. يظهر لدى الأشخاص المصابين بالتصلب المتعدد استجابة بصرية محرضة غير طبيعية حتى ولو لم يكن لديهم أية أعراض أخرى.

العلاج الذاتي: إن الاسترخاء يساعد كثيراً في تخفيف حالات الاضطرابات الشديدة.

العلاج الاختصاصي: تخف أحياناً أعراض بعض الحالات بشكل ملحوظ باستعمال العقاقير الستيروئيدية. وبعض الأطباء يصفون لمرضاهم الڤيتامينات للتأكد من عدم وجود نقص ڤيتامين ب (Vit. B) الأمر الذي يساهم بتضرر الأعصاب. أحياناً تساهم العقاقير المرخية للعضلات بتخفيف تيبسها أو الألم الناتج عنها، وينصح في بعض الحالات بإجراء جراحة لتخفيف التشنجات، وفي الحالات المزعجة من حصر البول من الضروري إجراء قثطرة لإفراغ المثانة، وقد يطلب الطبيب إجراء بعض المعالجات الفيزيائية أيضاً.

فقط عدد محدود من مرضى التصلب المتعدد يصابون بإعاقة كلية ومنهم من تكون أعراضهم مؤقتة أو سريعة الزوال وتمر دون أن تترك آثاراً مَرَضية ولا تعاود لعدة سنوات. ومنهم من تكون إعاقتهم جزئية أو ثانوية، ويكون باستطاعتهم أن يعيشوا حياة طبيعية. وحوالي (70%) من مرضى التصلب المتعدد يزاولون، بنشاط، عملهم الاعتيادي لمدة خمس سنوات بعد التشخيص.

التصلب الجانبي الضموري (Amyotrophic lateral sclerosis)

ويسمى أيضاً مرض العصبون المحرك (ALS)، وهي حالة نادرة تحدث عندما تموت خلايا عصبية معينة، هي العصبونات المحركة (Motor neurons) التي تسير من الدماغ إلى العضلات وتسيطر على حركاتها، بحيث لا يمكن بعدها استعمال العضلات المصابة، فتضمر بالتدريج، ويزداد ضعف الجزء المصاب من الجسم. كما يسبب المرض صعوبة في البلع أو التنفس أو المشي، أو أي نشاط يلزمه قوة، وبذلك يتدخل عملياً في أية وظيفة من وظائف الجسم.

يصيب التصلب الجانبي الضموري، غالباً، الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن الأربعين. ولا يُعرف إلا القليل عن سبب هذا المرض، ولا يمكن شفاؤه. وتتوجه المعالجة إلى تخفيف الأعراض ومساعدة المصابين على الاحتفاظ بإمكانية التحرك باستقلالية.

الرقص الوراثي (Huntington's chorea)

إن الرقص الوراثي (داء هنتنغتن) هو مرض عصبي وراثي نادر جداً، يبدأ في أول متوسط العمر حيث تظهر تدريجياً حركات جسمية لا إرادية تدعى الرقص، يتبعها تدهور عقلي. وأحياناً يحصل التدهور العقلي أولاً. لم يتم اكتشاف أي علاج حتى الآن لتوقيف تقدم المرض أو السيطرة على أعراضه. وإن نعت هذا المرض بالرقص هو وصف مضخم للحركات الانتفاضية السريعة التي تحدث للناس المصابين به.

إن الرقص الوراثي هو اضطراب عصبي نادراً ما تظهر أعراضه قبل الزواج والإنجاب، لذلك فإن المصاب بهذا المرض ربما لا يعلم عن مرضه إلا بعد أن ينجب طفلاً، ولكن نتيجة للتطور الحديث في علم الوراثة فمن الممكن الآن في بعض الحالات تحديد حاملي المرض قبل ظهور أعراضه.

ترنح فريدرايخ (Friedreich's ataxia)

هو مرض وراثي نادر جداً، تتردى فيه مجموعات معينة من الألياف العصبية بالتدريج. أهم أعراضه الترنح أو فقدان تناسق الحركة والتوازن، خاصة عند المشي. وبالتدريج يصبح من الصعب على الشخص المصاب الوقوف ثابتاً، أو الكلام أو استعمال الذراعين. ربما تبدأ الذراعان بالارتجاف أو الاهتزاز حالما ينوي المصاب تحريكهما، ويدعى ذلك بالرعشة المقصودة. تتضح الأعراض عادة بين عمر الخامسة والخامسة عشر، وهو مرض ينتقل ضمن سلالة العائلة المصابة به، ولا يوجد له علاج شافٍ.

الخَرَف (Dementia)

الخَرَف هو اضطرابٌ غير قابل للشفاء في المخ، يتظاهر بوجود خسارة متدرجة في الذاكرة والأعمال العقلية الأخرى، حيث يعجز العقل تدريجياً عن العمل بشكل طبيعي، ويصبح

المصاب، بشكل بطيء، مضطرباً غير قادر على المحادثة، وغير واع للذين حوله، وعاجز تقريباً. يمكن أن يظهر الخرف في أي مرحلة من العمر ويسمى بالخرف السابق للشيخوخة (Presenile) عندما يظهر قبل سن الـ (65) سنة، وبخرف الشيخوخة (Senile) عندما يظهر بعد سن الـ (65) سنة.

الأسباب: يحدث الخَرَف بأسباب متعددة، منها حدوث تلف في المخ ناتج عن ضيق وتصلب الشرايين التي تزود المخ بالدم، حيث يؤدي حرمان خلايا المخ من الدم الكافي لها إلى تلفها وموتها في كثير من المناطق الصغيرة فيه. وفي بعض الأحيان يكون التلف الشرياني والتقدم الطبيعي للعمر هما السببين الرئيسيين لخرف الشيخوخة، بينما ترجع أسباب الخرف السابق للشيخوخة بشكل رئيسي إلى داء ألزهايمر (Alzheimer). وقد أثبتت البحوث الآن أنَّ هذا الداء هو المسؤول عن حوالي (80%) من حالات الخرف في جميع مراحل العمر.

حتى الآن لم يعرف السبب الكامن لداء ألزهايمر، ولكن الدراسات أوضحت التأثيرات الجسمية التي يُحدثها على نسيج المخ، حيث يصبح المخ منكمشاً من جراء فقدان الخلايا العصبية، وتصبح المسالك العصبية مشوهةً نتيجة لترسبات بروتين يُدعى الأميلوئيد (Amyloid) في المخ.

قد يظهر الخَرَف عند الشباب، أو ذوي الأعمار المتوسطة، نتيجة لاضطرابات عصبية نادرة، مثل مرض كروتز فيلد جاكوب (Creutz feldt - jakob) الڤيروسي المنشأ، أو الإصابة بورم دماغي، أو إصابات مرتبطة بمرض نقص المناعة المكتسب (AIDS).

وقد سجلت حالات تناقل الخرف في بعض الأسر، لكن لا يوجد هناك دليل على أن الحالة وراثية.

إذا بدأ الخَرَف مبكراً، قبل الخامسة والستين من العمر، فإنه يميل للتقدم بسرعة أكبر، ويصبح أكثر شدة منه عندما يبدأ في سنين العمر اللاحقة. أما إذا بدأ الخرف بعد سن الخامسة والستين فإنَّ الأعراض المبكرة له تكون شبيهة بالنسيان النموذجي لمرض الشيخوخة، والعديد من المسنين يخشون من أنهم قد أصبحوا خرفانين. ومع ذلك ليس أكيداً أن علامات التخليط أو ضعف القدرة العقلية، لدى أشخاص فوق 65 سنة من العمر، يعودان دوماً لخرف الشيخوخة. فلربما يكون هنالك سبب كامن وراء ذلك وقابل للعلاج. في جميع الأحوال فإنَّ ضعف القدرة العقلية عند شخص بعد عمر الخامسة والستين يُرجع دائماً إلى خرف الشيخوخة، ولكن قد يكون هناك سبب باطني آخر.

لقد قدر أن حوالي (10 ـ 20%) من الأشخاص فوق عمر الخامسة والستين الذين يعانون من ضعف عقلي يمكن معالجتهم. على سبيل المثال، أخماج الرئتين (راجع الرئتين والصدر 418)، أو أخماج في المسالك البولية (ص 644)، أو السكتة الدماغية (ص 288)، أو هجمة قلبية (ص 456)، أو اكتئاب (ص 336)، أو هبوط الحرارة (ص 956)، كلها يمكن أن تسبب

تخليطاً ذهنياً، وكذلك يفعل انخفاض مستوى السكر في الدم (ص 676) أو استعمال أنواع معينة من الأدوية العلاجية.

يمكن للأعراض التي تشبه خرف الشيخوخة أن تكون في بعض الأحيان نتيجة لفرط شرب الكحول أو تعاطي المخدرات لفترة طويلة، أو نقص الفيتامينات (ص 630)، أو قصور الغدة الدرقية (ص 682)، أو الإصابة بداء الزهري (ص 817)، أو الاضطرابات الدماغية مثل الورم الدماغي (ص 309) أو نزف وورم دموي تحت الجافية (ص 294)، ويلاحظ أنه في كثير من الحالات تخف أعراض الخَرَف إذا أمكن علاج تلك الأمراض. والحقيقة التي نريد أن ندونها أخيراً أن (80%) من الأشخاص فوق عمر الثمانين سنة يبقون محتفظين بنشاط عقلي طبيعي.

الأعراض: قد تكون أعراض الخَرَف المبكرة طفيفة جداً بحيث يصعب حتى على الطبيب المحترف أن يلاحظها، لكن بعض المحيطين بالمصاب لا بد أن يلاحظوا وجود تغير ما في شخصيته، إذ تبدأ الحالة بفقدان تدريجي للذاكرة، وخاصة عدم القدرة على تذكر الأحداث القريبة التي وقعت قبل ساعات أو أيام، بمعنى أن المصاب لا يستطيع تذكر ما الذي حصل قبل ساعات قليلة أو حتى دقائق، مع العلم أنه يستطيع أن يتذكر ما حصل منذ عدة سنوات مضت، وبمرور الأيام تتضاءل قدرته على الفهم والإدراك السليمين، ويبدأ بفقدان متعته بالمشاركة في النشاطات، حتى الأنشطة البسيطة منها، مثل مشاهدة التلفاز أو متابعة أخبار الأقرباء والأصدقاء، وشيئاً فشيئاً وبالتدريج تتحطم شخصيته تماماً. وقد يصبح المصابون عدوانيين أو لا مبالين، وقد يضحكون أو يبكون لأتفه الأسباب، وغرابة الأطوار والمراوغة في السلوك التي لا يمكن التنبؤ بأسبابها تصبح واضحة في تصرفاتهم، كالأفعال غير المألوفة واللااجتماعية، وعدم التهذيب، مع عدم الاهتمام بالشخصية وإهمال النظافة الجسمية، ويلجأ بعضهم إلى العنف في تصرفاتهم، وبعضهم يفقد السيطرة على جموحه الجنسي ويتصرف تصرفات محرجة، وفي الحالات المتقدمة تصاب عضلات الجسم بالتصلب، وتصبح كل الحركات بطيئة مع ارتباك في تنفيذها، وقد يفقد المصاب، في النهاية، جميع القدرات على الفهم والإدراك والتفكير والنطق والحركة، لكن ذلك لا يحدث عادة قبل مرور سنين عديدة على بدء الإصابة.

المضاعفات: تبين الإحصائيات أن حوالي (10%) ممن هم فوق الخامسة والستين لديهم خَرَف (تلف دماغي) بدرجات مختلفة الشدة.

إنَّ فقدان المصابين بالخَرَف لكثير من قدراتهم العقلية والجسمية يجعلهم عرضة للحوادث أكثر من غيرهم، خاصة إذا كان عندهم تلف بالسمع والبصر أيضاً، لذلك نجد أنَّ الشخص المصاب بالخَرَف يحتاج إلى المساعدة في السير وأثناء الذهاب للنوم، أو أثناء استعمال الحمام، وبدون مراقبته ومساعدته نجده لا يستطيع أن يتناول الطعام الجيد وبالشكل الصحيح،

كما لا يستطيع أن يأخذ دواءه بموعده، فإذا أصيب بسلس البول مثلاً فإنَّ حالته تستدعي الشفقة والمساعدة الدائمة، وإذا كان مصراً على التجوال والحركة هنا وهناك فيجب التأكد دائماً من أنه يحمل ما يثبت اسمه وعنوانه ورقم هاتفه (طوق في رقبته أو ورقة على صدره) مع توضيح لحالته.

العلاج: إذا ظهرت دلائل على إصابة أحد الأشخاص بالخَرَف، فيجب إقناعه بمراجعة الطبيب المختص، أو أخذه للطبيب بطريقة لطيفة خالية من العنف، والطبيب سيجري له الفحوصات الجسمية والعقلية والمخبرية اللازمة، وسيتحرى نقص ڤيتامين (B_{12}) الذي يمكن أن يكون السبب في التلف الدماغي، وتصوير طبقي محوري (CAT - scan) (راجع التعريف ص302)، وبعدما يتأكد من التشخيص يصف العلاج المناسب، لكن من الملاحظ أن بعض الحالات قابلة للشفاء في حين أنّ بعضها الآخر يتحسن تحسناً نسبياً، يكون بعضها غير مستجيب للعلاج إطلاقاً.

وفي جميع الأحوال فإنَّ علاج الخَرَف ضروري مهما كان عمر المصاب، ويجب على المحيطين بالمصاب بالخَرَف، حتى في مراحل الإصابة الأولى، أن يكونوا حريصين جداً من إقدام المصاب على بعض التصرفات المؤذية له ولغيره، مثال ذلك فتح منظم الغاز ونسيان ذلك، مع مراعاة تأمين الغذاء والنظافة الضروريين له، حيث أن المصابين بالخَرَف قد ينسون تناول طعامهم ويتعرضون بذلك إلى الإصابة بسوء التغذية وما ينتج عنها من أمراض.

خلاصة القول: يجب علاج المصابين بالخَرَف، خاصة في مراحل إصابتهم الأولى، وتأمين تناولهم الدواء وتغذيتهم وتنظيفهم ومراقبتهم بشكل دائم، وعدم الاعتماد على قدرتهم على الإدراك، والفهم.

الفصل الثالث

المشكلات العاطفية والسلوكية (Behavioral and emotional problems)

من الصعب تصنيف الاضطرابات السلوكية والعاطفية في أمراض محددة بوضوح. وما يميز صنفاً عن آخر من هذه الاضطرابات هو أعراضه، إلا أن هذه الأعراض غالباً ما تتباين تبايناً أوسع ـ سواءً من حيث نوعيتها أو شدتها ـ من أعراض الأمراض الجسمية، وبسبب هذا التباين يصعب أحياناً معرفة ما إذا كان شخص ما مصاباً فعلياً باضطراب عقلي أم لا، وإذا كان مثل هذا الاضطراب موجوداً بوضوح فمن الصعب تحديد السبب المحتمل لحدوثه أو التنبؤ بالعلاج الممكن.

وبشكل عام إذا كنت قادراً على الاحتفاظ بتوازنك العقلي خلال فترات الكَرْب العاطفي، فيمكنك أن تنعت نفسك بأنك معافى عقلياً. أما إذا فقدت هذا التوازن فأنت مصاب بمشكلة عاطفية أو سلوكية، إلى حد ما على الأقل.

إن المقالات المدرجة في هذا الفصل مصممة لمساعدتك على التعرف على بعض العلامات المنذرة للأشكال الشائعة من الاضطراب العقلي، ليس في شخصك فحسب بل ولدى الآخرين، وقد تم ترتيبها في زمرتين:

الأولى تضم الاضطرابات التي تنشأ رئيسياً عن مؤثرات داخلية مثل الفُصام والاكتئاب والاستحوذات. والأسباب الحقيقية لمثل هذه الاضطرابات مجهولة، إلا أن عوامل الشخصية والتبدلات الطفيفة في مقدار ونوعية مواد كيميائية في الدماغ قد تكون هي سبب.

والثانية تضم الإدمان أو الأمراض التي تطلقها مؤثرات خارجية مثل الكحول وغيره من العقاقير، ويبدو أن بعض نماذج الشخصية عِرْضَة بشكل خاص لمثل هذه الاضطرابات.

ينسحق بعض الأشخاص بأزمات تافهة مثل الشجارات الزوجية الصغيرة. والبعض الآخر يحتفظ بتوازنه في الظروف المُحْبِطة. ومثل هذه الصحة العقلية قد لا تكون فطرية بالضرورة بل يمكن تنميتها وتطويرها بحيث تصل إلى مستوى أفضل من التأقلم.

تعريفات مهمة لهذا البحث

1 - **الطبيب النفساني (Psychiatrist)**: هو طبيب صحة عام مجاز، يستطيع أن يشخِّص ويصف أدوية لأي مرض كان، وقد تخصص في حالات الاعتلال العقلي.

2 - **الأخصائي النفسي (Psychologist)**: هو من تمرن وتمحَّص ودرس نفسية الإنسان، وليس الطب، وهو غير مجاز لوصف الأدوية، لذلك فإنه يتعاون مع الطبيب النفساني عند الحاجة. ويحصر اهتمامه في المعالجة النفسية فقط.

3 - **المحلل النفسي (Psychoanalyst)**: يعالج الاضطرابات العقلية، وذلك بسبر داخل المريض وتحليل حالتي الوعي واللاوعي عنده وتحليل مخزون العقل أيضاً.

4 - **المعالجة النفسية (Psychotherapy)**: هي تعبير عام يصف معالجة الاضطرابات العقلية وذلك بالوسائل اللفظية والثقافية والفكرية التي تتضمن الإيحاء والتحليل والإقناع، ويمكن أن تترافق هذه المعالجة بأشكال أخرى من العلاج، كاستعمال الأدوية.

5 - **الشخص العُصابي (Neurotic)**: يصاب الأشخاص العصابيون بأعراضٍ خاصة كأنواع القلق والمخاوف، ويدركون أنها غير منطقية، ولكنهم لا يستطيعون التغلب عليها وتجاوزها، ونادراً ما تسبب هذه الأعراض إساءة اجتماعية لهم بخلاف تلك المتعلقة باضطراب الشخصية، وحتى الآن لم يُعرف سبب جسمي أو كيميائي حيوي للاضطرابات العُصابية.

6 - **اضطراب الشخصية (Personality desorder)**: إن أولئك الناس الذين تضطرب شخصيتهم بشكل متكرر وتدفعهم إلى صراع مع الأقرباء ومع الناس الآخرين يحملون اضطراباً في شخصيتهم، وقد وصفوا في السابق أنهم معتلون نفسياً، وإن مثل هؤلاء الأفراد يبدون عاجزين عن التعلم من تجاربهم.

7 - **الشخص الذهاني (Psycholic)**: إن الشخص الذهاني قد أضاع الصلة مع الحقيقة وأصبح عاجزاً، إما أحياناً أو بشكل مستمر، عن التصرف بسلوك عقلاني سليم.

8 - **الاضطراب النفسي الجسمي (Psychosomatic)**: هو ما يعرف أحياناً بالاضطراب النفسي المنشأ، وهو مرض جسمي سببه مشكلة عاطفية أو عقلية، وإن هذا المرض النفسي الجسمي هو مرض حقيقي وليس تخيُّلي، ولكنه يعالج على الأغلب بمعالجة المشكلة النفسية الكامنة.

9 - **الاعتلال النفسي (Psychopathic)**: هو تعريف قديم يستعمل لوصف الأشخاص المصابين باضطرابات في شخصيتهم.

- 1 -
الاضطرابات العقلية (Mental disorders)

يحتمل أن تلعب كيميائية الدماغ دوراً هاماً في إحداث الاضطرابات العقلية، ولهذا فإن الأدوية يمكن أن تستعمل جنباً إلى جنب، مع المعالجة النفسية في علاج الاضطرابات المشروحة لاحقاً. إلا أنَّ مُعظم حالات الاضطرابات العقلية، كالاكتئاب الهوسي والقلق أو

المراقية، تنتج إلى حد كبير عن عوامل الشخصية. وكمثال على هذا فإن بعض الناس بطبيعتهم عصابيون (بالفطرة) ويتأثرون بسهولة وحساسون إلى درجة كبيرة، وهم ربما لا يستطيعون تحمل أي ضغط عليهم، فعندما يتعرضون إلى ضغط أو جهد يصبحون أحياناً مكتئبين وقلقين بشكل مفرط. بينما يوجد آخرون يتصفون بدورية المزاج، وهذا يعني أنهم يتأرجحون في المزاج بين حالة الابتهاج والنشاط وبين الخمول والعُزلة، وهذه الفئة، حصراً، عندما يتعرض أفرادها للضغط يصابون بالاكتئاب الهوسي.

وعلى أية حال، فإن معظم الناس يتغلبون على الإعاقة الشخصية الموروثة أو المكتسبة، ويفلحون في التكيف مع المشكلات العاطفية بدون أية معالجة. فإذا كانت شخصيتك عصابية أو دورية المزاج فأنت لست بالضرورة على حافة الإصابة بمرض عقلي.

يقدر أن حوالي أربعة بالمائة من مجمل المرضى يستشيرون طبيبهم بشكل رئيسي حول مشكلة عاطفية، بينما ترتبط الاضطرابات الجسمية لأناس آخرين بالضغط أو الجهد النفسي، وإن الكثير من المراجعين الذين يستشيرون الطبيب بمشكلة تتعلق بهم يكونون إما عصابيين، وهم بحاجة مؤقتة إلى مساعدة، أو أنهم يعانون من أعراض مشكلات جسمية نفسية كالخفقان أو عسر الهضم.

يصعب في بعض الأحيان تحديد فيما إذا كانت الأعراض الجسمية هي نتيجة أسباب عاطفية، أو أسباب أخرى. ولهذا، إذا كنت أنت، أو أحد أفراد عائلتك، لديكم أعراض وتشكُون أنها ناتجة بشكل كلي أو جزئي، عن مشكلات عاطفية فعليكم إخبار طبيبكم بذلك.

يمكن اعتبار الناس ذهانيين أكثر من عصابيين في حالة واحدة وهي عندما يفقدون الصلة مع الحقيقة، ويتصرفون بشكل شاذ، أو حتى بطرق مهددة لحياتهم، لذلك من الأفضل، في هذا الوضع، اعتبارهم مرضى فعلياً، ومعالجتهم في مستشفى متخصص بحيث يكون احتمال أذاهم لأنفسهم أو للآخرين أقل بالتأكيد.

الفُصام (Schizophrenia)

يعتقد غالباً أن الفُصام، هو انشقاق وازدواج الشخصية، ولكن التعريف الأفضل له أنه سوء تنظيم المشاعر والتفكير الطبيعيين. تبدأ أعراض المرض بالظهور في سن المراهقة أو في أول مرحلة الكهولة، وهو اضطراب مديد الأجل ولكن تميل الهجمات الحادة للظهور والاختفاء، وهذه يطلقها عادة التأزم العاطفي.

يحتمل أن يكون العامل المسبب لهذا الاضطراب هو سوء عمل الخلايا التي تتدفق عبرها المعلومات في الدماغ، وهو يصيب الذكور والإناث على حدٍّ سواء.

الأعراض: قلنا إن الأعراض تبدأ بالظهور في مرحلة المراهقة وتستمر مدى الحياة، لكن

يلاحظ تعرض المصاب لهجمات حادة تظهر وتختفي من حين لآخر توافق عادة حالات الهياج العاطفي أو فقدان شخص عزيز.

تبدأ هجمة الفُصام عادة بشكل تدريجي وبطيء، وأحياناً تبدأ بشكل مفاجىء، حيث يخف نشاط المصاب تدريجياً من يوم لآخر، ويزداد حديثه غموضاً، ويبدو غير قادر على التركيز والمناقشة. أما الهجمات الحادة فتحدث بشكل غير متوقع، وتبدأ غالباً بشكل تدريجي، لذلك من الصعب معرفة وقت ظهور الأعراض الذُهانية، ومن بين هذه الأعراض إبداء المصاب لملاحظات غير منطقية ومتفككة مع نظرات شفافة لا معنى لها واستعمال عبارات فجائية تخطر على باله ولا مكان لها في الحديث.

يعتقد المصابون بالفُصام غالباً أن الآخرين يدخلون ضمن عقولهم وتفكيرهم، ويعرفون أفكارهم ويسرقونها، ويعتقدون أنهم يسمعون أصواتاً معادية لهم، وقد يصابون بنوبة من الهلوسة، فيتصورون أن شيئاً ما يسير فوق أجسامهم مثلاً (ثعابين وحشرات)، أو أن أحداً ما قد دسَّ لهم السم أو أنه سيهاجمهم.

وبمرور الوقت تتراكم عند المصاب بالفُصام معتقدات من عالم خياله وتوهماته، وربما يبالغ في أحاسيسه بالسعادة أو الحزن أو الارتباك أو البؤس، وقد يبكي في موقف مفرح، أو أن يظهر وكأنه لا إحساس له، وبشكل عام يصعب بناء علاقات معهم.

للفصام عدة أنواع، منها الزوراني (Paranoid sch.) (مرض العظمة) وفيه يكون المصاب كثير الشك بالآخرين، قليل الثقة بهم، ذا حساسية مبالغ فيها، سريع الغضب والثورة، يخاف الناس ويعتبرهم عدوانيين ويرغبون في تدميره. ومنها النوع الشبابي (Juvenile sch.) وفيه يكون المصاب شديد الخجل ميالاً للانسحاب من المواقف كلها.

المضاعفات: إن الخطر الأكبر على المصاب بالفُصام هو احتمال انتحاره أو إيذاء نفسه (راجع ص 339). فإذا شككت بوجود شخص في عائلتك مصاباً بالفُصام حاول أن تقنعه بمراجعة الطبيب، مع ملاحظة أن المصابين بمرض عقلي يرفضون الاعتراف بمرضهم، حتى أولئك الذين يدركون وجود خطأ ما لديهم فإنهم يخافون من أن يُبعدوا، لكن العناية الطبية ضرورية لهم، لذلك لا تترك شخصاً يبدو لديه حالة اضطراب شديدة، وحيداً، لكي لا يؤذي نفسه، واطلب العون الطبي (نجدة طبية) لنقل المصاب إلى المستشفى حيث ستُجرى له الفحوص اللازمة للتأكد من تشخيص حالته وأن أعراضه لا علاقة لها بمرض جسمي مثل ورم الدماغ (ص 309).

العلاج: في الحالات الشديدة، لا بد من إدخال المصاب إلى المستشفى، حيث قد يُلجأ إلى تخديره أحياناً، خاصة عندما يكون في حالة سيئة، كما تُجرى له علاجات نفسية، ويعاد تأهيله كي يتمكن من متابعة الحياة بشكل مقبول، أما الأدوية الأكثر فعالية في علاج شذوذ

كيمائية الدماغ فهي المهدئات التي تستعمل على نطاق واسع في هذا المجال، وبعدما تهدأ تدريجياً شدة الأعراض، تخفف الجرعات، وتوقف الأدوية كلها عندما تنتهي الهجمة.

يلاحظ أن تجاوب المصابين للعلاج ليس متشابهاً، فبعضهم يحتاج إلى علاجات مكثفة، وبعضهم يكفيهم جرعات أقل، وقد يُعطى البعض منهم أدوية مضادة للاكتئاب، وفي حالات نادرة ينصح بالمعالجة بالصدمات الكهربائية (Electroshocktherapy) (EST).

أما العلاج النفسي فله طرق مختلفة كلها تهدف إلى أمر واحد وهي جعل المصاب يفهم أسباب الهجمة الحالية لكي يتلافاها في المستقبل.

والمرحلة الأخيرة من العلاج هي إعادة تأهيل المصاب، بحيث يستعيد مهاراته الطبيعية وسلوكه الاجتماعي، وتمارس عليه بعدما تتحسن حالته ضغوطات نفسية شديدة، ويطلب منه تنفيذ مهمات صعبة لكي يتمكن من العودة إلى المجتمع، فإذا ثبت تحسنه، يُسمح له بالخروج من المستشفى وزيارة بيته أو بعض أصدقائه والعودة مجدداً للمستشفى، ويبقى تحت المراقبة والعلاج لحين التأكد من سلامة وضعه تماماً.

وبشكل عام يشفى العديد من مرضى الفُصام ويعودون إلى ممارسة حياتهم بشكل طبيعي مع إمكانية إصابتهم بهجمات فُصام لاحقة، في حين تتحول إصابة بعضهم إلى حالة مزمنة فيصبح الشخص منسحباً وغير متجاوب عاطفياً.

الانهيار العصبي

يستعمل الناس عادة عبارة الانهيار العصبي كتعبير عام عن أن شخصاً أصيب بهجمة اضطراب عقلي حاد، وبتعبير آخر أن الشخص المنهار عصبياً قد أصبح غير قادر على التعامل مع الحياة العادية بسبب مشكلات عاطفية أو فكرية أصيب بها. وعادة، في هذه الحالة، يُطلب من المريض دخول المستشفى للاستشفاء.

إن كلمة الانهيار العصبي لم تعد تعبيراً طبياً، كما لم تعد تستعمل من قبل أي طبيب لوصف حالة مريض أصيب باعتلال عقلي. هناك عبارات أصبحت مفيدة أكثر لوصف هذه الحالات، كالفُصام والاكتئاب والقلق وغيرها.

ولسوء الحظ، فإن الناس المعروفين بإصابتهم باضطراب عقلي يعاملون بشكل غير لائق من أفراد عائلتهم ومن المجتمع، مع العلم أن الاضطرابات العقلية، في الحقيقة، لا تختلف كثيراً عن الأمراض الجسمية، بالإضافة إلى أنها غير معدية.

يفيد المريض كثيراً، في علاج حالته، العناية به والاهتمام بأموره ودعمه وتشجيعه، وبالعكس يؤذيه تجاهل حالته ومرضه والتحامل عليه وتوبيخه والسخرية منه.

الاكتئاب (Depression)

يشعر معظم الناس، في إحدى مراحل حياتهم، بحالة من الاكتئاب الشديد دون إصابتهم باعتلال عقلي، وما داموا يمارسون أعمالهم اليومية بشكل طبيعي فإنهم سيتعافون تدريجياً. أما أولئك المكتئبون المعتلون عقلياً فهم عاجزون عن الخروج من بؤسهم، ويستمر اكتئابهم ويتفاقم لدرجة يصبحون فيها عاجزين عن ممارسة حياة عادية.

هناك صنفان رئيسيان من الاضطراب الاكتئابي، ينجم الصنف الأول عن ارتكاس شديد تجاه صدمة عاطفية محددة، مثل وفاة شخص محبوب أو حبيب، أو نهاية زواج أو فشل حب، أو خسارة مالية كبيرة، حيث يستجيب الأشخاص العصابيون أحياناً استجابة مفرطة لمثل هذه الكوارث، وتكون نتيجة ذلك إصابتهم باضطراب اكتئابي. ويحدث الصنف الثاني عادة دونما سبب ظاهر، لكنه قد يحدث أحياناً بعد إصابة الإنسان باضطرابات معينة، كتلك التي تصيب المرأة نتيجة ما يحدث في جسمها من تبدلات هرمونية بعد الولادة.

هناك فترات في حياة كل شخص يتعرض فيها لحالة من الاكتئاب، فالمراهقة المتأخرة خاصة مع وجود صراعات أسرية شديدة أو صعوبة تربوية، وبلوغ وسط العمر خاصة إذا ترافق بتناقص أو فقد المقدرة الجنسية، أو إذا شعر الإنسان أنه لم يستطع النجاح في عمله أكثر من ذلك، وكذلك السنوات التالية للتقاعد، كل هذه أمثلة جيدة عن تلك الفترات.

يلاحظ كثرة حدوث المرض الاكتئابي لدى المسنين، وقد يكون ذلك متعلقاً بعوامل عديدة منها موت الأصدقاء، التقييدات الجسمية الناجمة عن تقدم العمر والإحساس بدنو الأجل وغيرها.

أخيراً نقول: إنّ كل اكتئاب شديد قد يترافق بتبدل كيميائي يؤثر على طريقة عمل الدماغ.

الأعراض: يصبح المكتئب سوداوياً بشكل مفرط، وغير مكترث بكل ما يجري حوله إطلاقاً كما يفقد حيويته واهتماماته، وربما يضطرب أكله ونومه وممارسته الجنسية، وربما يصاب بعسر هضم وإمساك وصداع، ويصاب بعض المكتئبين بأعراض نفسية شديدة، وربما يفقدون اتصالهم بعالمهم وواقعهم، وربما يشعرون بالذنب بدون سبب، أو يشعرون أنهم مضطهدون وبأنّ أجسامهم تتلاشى، وربما يصابون بهلوسات، وقد يصابون بقلق واضح، وربما يغلف حياتهم التململ والهياج.

غالباً تختلف شدة الأعراض خلال اليوم الواحد، وبشكل نموذجي، يستيقظ المكتئب باكراً وهو ذو مزاج حزين، ثم يتحسن مع مرور ساعات النهار، وبعضهم يصاب بأسوأ الأعراض ليلاً.

يتعمق الاكتئاب أحياناً عند بعض الناس ويأخذ صفة الديمومة، مما يؤدي بالمكتئب إلى الانسحاب كلياً من الحياة العامة، وربما يمضي معظم وقته منكمشاً في فراشه.

المضاعفات: يُرجح أن يُعاني حوالى 15% من الناس من فترة اكتئاب واحدة (على الأقل) شديدة إلى درجة الحاجة للعون الطبي، هذا بالرغم من أن الأعراض قد لا تسم نوعياً مرض الاكتئاب. كما يلاحظ أن بعض أنماط الاكتئاب تتوالى أسرياً.

إنَّ أخطر ما في الاكتئاب هو أن يؤدي بصاحبه إلى الانتحار، وفي أحوال نادرة يمكن لهذا الاضطراب أن يخلَّ بتوازن تفكير المصابين إلى حد كبير يجعلهم يشعرون أنهم مدفوعون لقتل أنفسهم إضافة لقتل الآخرين لإراحتهم من كرب الحياة.

رغم شيوع الاكتئاب والانتحار في جميع الأعمار، فإنهما يشكلان مشكلتين خاصتين بالمسنين، وفي بعض الأحيان قد تشابه أعراض الاكتئاب أعراض الخَرَف ويلتبس به، مما يحرم المسن من معالجة حالة الاكتئاب ظناً من الآخرين أنها خرف شيخوخي (الاكتئاب حالة عكوسة قابلة للشفاء بينما الخرف غير قابل للشفاء).

العلاج: على المصاب بالاكتئاب مراجعة الطبيب وعدم الخجل من مصارحته وإخباره عن كل ما له علاقة بالمشكلة.

يساعد المصاب بالاكتئاب كثيراً الذهاب في إجازة، والترفيه عن النفس، وممارسة الهوايات، أو الانتساب إلى نادٍ رياضي، أو الانخراط في مساعدة المحتاجين، المهم فعل أي أمر يريح المصاب ويسعده، وقد لاحظ الأطباء أنَّ إجراء التمارين الرياضية باعتدال وانتظام له فعالية واضحة في معالجة حالة الاكتئاب متوسط الشدة والاكتئاب المعاود، فإذا لم تفد كل تلك التدابير، يراجع الطبيب. مع ملاحظة أن تهديد المصاب بالانتحار حالة طارئة يجب أخذها بجدية كاملة.

إنَّ الطبيب المختص سيقدر حاجة المريض للمعالجة الدوائية أو المعالجة النفسية، أو كليهما معاً، حيث تساعد الأدوية المضادة للاكتئاب على تحسين الحالة المعتدلة من الاكتئاب في غضون (2 ـ 3) أسابيع، أما في الحالات الشديدة، ولا سيما بوجود خطر الانتحار، فقد ينصح الطبيب بإدخال المكتئب إلى المشفى، حيث تتم مراقبته بشكل يجنبه إيذاء نفسه، ويُشرَف على علاجه النفسي والدوائي مباشرة، وفي حالات نادرة قد يُنصح بإجراء المعالجة بالصدمة الكهربائية (رغم وجود تحفظات كثيرة على هذه الطريقة). إضافة إلى ذلك فإنَّ المعالجة في مستشفى الأمراض النفسية يهدف إلى إعداد المكتئب للعودة إلى الحياة الطبيعية بعد شفائه من الاكتئاب.

يستجيب المصابون باضطراب اكتئابي، غالباً استجابة جيدة للمعالجة، ولسوء الحظ فإنَّ بعض أنماط الاكتئاب تميل للنكس، ومع ذلك فإنَّ الكثيرين ممن يصابون بهجمات متكررة من الاكتئاب يفلحون في العودة لطبيعتهم إذا تمت معالجتهم في المراحل المبكرة لكل هجمة.

الاكتئاب ـ الهوسي (Manic-depression)

يتراوح مزاج الإنسان العادي، في الأحوال الطبيعية، ما بين الحيوية المعتدلة والخمول العقلي المعتدل، حيث يرتبط ذلك ويتأثر، لدرجة كبيرة، بالظروف المحيطة بالإنسان، أما الشخص المصاب بالاضطراب الاكتئابي الهوسي فله مزاج حاد غير مرتبط بالمؤثرات والأحداث الخارجية المحيطة أو بالظروف الحياتية.

يميل مرض الاكتئاب الهوسي لأن يكون دورياً، حيث تتناوب فترات من فرط النشاط الابتهاجي الغير طبيعي، مع اكتئاب عميق (راجع البحث السابق)، ثمَّ يعود الشخص إلى حالته الطبيعية، فيعيش حياته دون نوبات هوس أو اكتئاب، حيث تستمر هذه الفترة لوقت قصير أو لعدة سنوات.

يمكن أن يفجِّر ضغط الظروف الحاد، الذي يقع على المصاب بهذا الاضطراب، هجمة مفاجئة من الهوس أو الاكتئاب خاصة لدى الأشخاص الذين نادراً ما يصابون بهجمات حادة. ومع ذلك فالغالب ألا يوجد سبب مباشر لانطلاق الهجمات، حيث تبدأ بالتدريج أطوار المرض. وفي حالات نادرة جداً يحدث اضطرابات الاكتئاب الهوسي نتيجة خمج شديد أو سكتة (ص 288) أو أذية دماغية (ص 300).

الأعراض: إن المقربين من المصاب بهذا الاضطراب هم أول من يلاحظ بدء الطور الهوسي عنده، والذي يبدأ تدريجياً بهوس خفيف، حيث يستيقظ الأشخاص المصابون بهذا المرض، في بادىء الأمر، في وقت مبكر جداً من الصباح، وينهضون من الفراش قبل بزوغ الشمس، كما يتدنى أداؤهم في العمل، لأنهم يُصابون بالذهول بسهولة ويعانون من تململ متزايد. ومن الممكن أن يكونوا مشوشين جنسياً، وقد ينغمسون في مرح صاخب، وعادة يبدأون مشاريع جديدة بتحمس ملحوظ لكنهم غالباً لا ينهون أي مشروع، وغالباً ما يكونوا متهيجيين، ويمكن أن تحدث عندهم نوبات مفاجئة من الغضب الشديد.

قليلاً ما يصل الهوس الخفيف إلى مرحلة الهوس التام. وإذا حدث ذلك، فإن حديث المصاب يصبح مضللاً فضفاضاً مليئاً بالسجع والتورية وفقدان الترابط المنطقي بين كلماته. كما أن بعض المصابين يغني أو يرقص أو يضحك بصخب دونما سبب. وفي بعض الأحيان قد يخالط حزن كامن اللحظات المتلاشية من انسحاب المريض. ولأن المهووسين يفتقرون للتركيز فإنهم غالباً ما ينسون تناول الطعام مما يجعلهم ميالين لفقدان الوزن والإصابة بالهزال. وفي النهاية فقد يعانون من هذيانات العظمة أو من الغضب الشديد إزاء عجزهم عن تنفيذ مخططاتهم الضخمة.

طور الكآبة هنا يشبه حالة الاكتئاب (راجع البحث السابق)، لكن الأعراض غالباً ما تكون أكثر شدة، وهي تبدأ بالتدريج، حيث يبدأ الشخص بالانسحاب تدريجياً، ويصبح نومه

متقطعاً كثيراً، ورغم أنه يستيقظ مبكراً في بعض الأحيان لكنه لا يغادر الفراش إلا متأخراً. وتقل شهوته الجنسية وتبطؤ حركته وكلامه. وتزداد التخيلات لديه، ويصبح بعض المصابين غير قادرين على مواجهة العالم المحيط بهم، فينعزلون في حجراتهم ويبتعدون عن الحياة الاجتماعية.

المضاعفات: اضطراب الاكتئاب ـ الهوسي أندر حدوثاً من مرض الاكتئاب، ويعتقد أنه يظهر عند حوالي (3%) بين الناس من الرجال والنساء، ويميل للتواتر بين أفراد العائلة الواحدة. وربما يهدد الشخص المصاب بهذا الاضطراب بالانتحار أثناء مروره بفترة الاكتئاب ولكنه يفقد المقدرة على فعل ذلك عادة. ويزداد الخطر عند اجتياز مرحلة الاكتئاب العميق حيث قد يصاحب تجدد الحيوية، الرغبة المستمرة بالموت. وفي طور الهوس يمكن أن يحطم السلوك العنيف كل العلاقات الاجتماعية والمهنية، كما يؤدي فقدان الحكمة بشكل جدي إلى كوارث مالية أحياناً.

العلاج: يُقنع المصاب باضطراب الاكتئاب ـ الهوسي، بزيارة الطبيب، وإن كنت تظن أنه من الممكن أن تصاب بالاكتئاب الهوسي فاستشر طبيبك دون تأخير لأنه من الأسهل معالجة الاضطراب بفاعلية في مراحله الأولى.

بعد إجراء التشخيص، في الحالات المعتدلة، من الممكن أخذ العلاج في المنزل، مع مراجعة أخصائي بالمعالجة النفسية، أما في الحالات الشديدة، وخاصة عندما توجد خطورة الانتحار أو خروج السلوك المتهور عن السيطرة، فإنَّ العلاج بالمستشفى يكون عادة ضرورياً.

يخبر الطبيب عادة أهل المصاب، كيف يلاحظون بداية هجمة مهددة (شديدة)، وكيف يخففون الضغوطات عليه ويقللون من خطورة هجمات أخرى.

بعد مغادرة المستشفى يجب على العديد من مرضى الاكتئاب الهوسي الاستمرار في تناول العلاج لمنع تكرار حدوث هجمات جديدة، مع العلم أنَّ معظم المعالجين عادوا إلى حالتهم الطبيعية بعد علاج طويل الأمد بأملاح الليثيوم.

الانتحار

كثيرون هم الذين يحاولون الانتحار كل يوم، لكن القليل منهم ينجح في تنفيذ ذلك، في حين يفشل الآخرون غالباً لأنهم يرغبون في الفشل. فقد تكون محاولة الانتحار مجرد طريقة يبتغي منها الشخص لفت النظر إليه بسبب إحباطه أو مرضه أو وحدته... ومع ذلك فيجب الحذر من إقدام مثل هذا الشخص على محاولة جديدة ربما تكون ناجحة. فإذا كان أي من معارفك أو أقاربك مصاباً باضطراب انفعالي عاطفي ويهدد بالانتحار، فما عليك إلا أن تأخذه إلى الطبيب المختص، وإذا كان الأمر أكثر خطورة، وبدأ المصاب بتنفيذ عملية الانتحار بطريقة ما، فاطلب العون الطبي فوراً، وأثناء الانتظار شجعه على الكلام واصغ إليه بصبر واهتمام ولا تعترض أو تحكم على كلامه ولا تتركه وحده أبداً، بل انتظر معه لحين وصول العون. وإذا وجدت شخصاً فاقداً للوعي، كلياً أو جزئياً،

فاطلب سيارة إسعاف فوراً، أو انقله إلى المستشفى بالسرعة الممكنة، وإذا وجدت قربه أدوية أو حاويات أدوية فاحرص على إعطائها، فوراً، للجهة المسعفة. وإذا دعت الضرورة، في فترة الانتظار، إلى تقديم الإسعاف الأولي للمصاب فلا تتأخر ولا تتردد في فعل ذلك.

المعالجة النفسية

تتم المعالجة النفسية بالوسائل اللفظية. وقد كانت الطريقة اللفظية الأصلية لمعالجة الأشخاص المضطربين عقلياً هي التحليل النفسي. لقد تطورت الطرق الحديثة جزئياً بسبب الحاجة لتطوير وسائل أقل استهلاكاً للوقت. تختلف هذه الطرق بشكل كبير، إلا أنها تستلزم عادة عدداً من الجلسات الاستشارية التي من خلالها يستطيع المريض أن يشرح مشاكله الخاصة للمعالج الذي يقدم الإيضاح والتفهم، ويستطيع أن يستعمل كل الوسائل الحديثة الممكنة مع المريض دون الضرورة إلى الدخول في تفاصيل تجربة طفولته.

تُعَالَجُ ـ أحياناً ـ مجموعات من الناس بشكل جَماعي، وتكمن الفائدة من هذه المعالجة أن أفراد المجموعة يتعلمون من بعضهم البعض، ويدفع بعضهم بعضاً إلى تبني موقف أكثر صحةً تجاه ضغوطاتهم اليومية. وهذا الأسلوب من المعالجة يفيد بشكل خاص الأناس الذين يعانون من اضطراب في الشخصية، وليس الأناس المريضين عقلياً.

التحليل النفسي

هو الطريقة الأصلية التي ينبني عليها معظم المعالجة النفسية، وقد تم تطويرها في أواخر القرن التاسع عشر على يد سيغموند فرويد (Sigmund Freud). وهذه الطريقة تقوم على نظرية فرويد في أن سلوك البالغ يتحدد، إلى درجة كبيرة، بصراعات الطفولة المبكرة. وهنالك تعديلات عديدة دخلت على طريقة ونظرية فرويد، ولكنها كلها تسعى إلى نفس الهدف، وهو مساعدة المريض على تذكر الذكريات المكبوتة عميقاً في العقل اللاواعي. وحالما تتجمع الأسباب الجذرية للمشكلة ويتم تفهمها، فقد يصبح المريض قادراً على تغيير أنماط سلوكه وتفكيره اللاسليمة والمديدة.

إن المعالجة بهذه الطريقة تحتاج إلى الكثير من اللقاءات مع المحلل النفسي، حيث يتم، خلال تلك اللقاءات، مناقشة وتحليل وتفسير مواضيع شتى، مثل الأحلام الراهنة والماضية، والتراكمات، والأفكار، والمشاعر. ونظراً إلى أن المعالجة الكاملة تتضمن عدة جلسات طويلة كل أسبوع ولمدة قد تزيد عن (2 ـ 3) سنوات، فإن التحليل النفسي غير عملي عموماً إلا للأشخاص الذين يملكون الوقت والمال الكافيين، وعلاوة على ذلك فقد ثبت أن الطريقة الأصلية في التحليل النفسي أقل فعالية مما كان يأمله الممارسون الأوائل لهذه الطريقة. ويعتقد كثير من الأطباء اليوم أن القيمة الرئيسية لعمل فرويد هو أنه قد قدم هيكلاً للطب النفسي الحديث في تأكيده على التأثير الحيوي للخبرة المبكرة عند الطفل على سلوكه وهو بالغ.

القلق (Anxiety)

يتفاعل الناس مع الكَرْب ومنغصات الحياة بشكل يؤدي غالباً إلى قلق مؤقت، وعندما يستمر القلق إلى فترة زمنية طويلة، ويعيق الشخص عن متابعة الحياة العادية، فإنه يتحول إلى حالة مرضية واضحة.

الأعراض: تنجم بعض حالات القلق عن الكَرْب الشديد، ولكن هناك أشخاصاً مهيئين للإصابة بالقلق إذا تعرضوا لأي إزعاج بسيط، أو حتى بدون التعرض لأي إزعاج على الإطلاق وهؤلاء يعيشون في حالة دائمة من القلق تبدو عديمة السبب. فإذا تعرضت لهجمة قلق فإنك ربما تشعر بالتيقظ الدائم والتوتر، وعدم المقدرة على التركيز الذهني والتفكير بصفاء، والنوم بعمق، وربما ترى أحلاماً مرعبة، وقد تصاب بخفقان واضح في القلب مع ارتعاش وتعرق اليدين، وقد تصاب بالإسهال أحياناً، وصعوبة في التنفس، أحياناً أخرى، ونتيجة هذه الأعراض، كلها أو بعضها، يتوهم الشخص القلق بأنه مصاب بمرض قلبي أو مَعدي (هضمي)، أضف إلى ذلك أن بعض الرجال القلقين تضطرب لديهم آلية المحافظة على الانتصاب أو يصابون بحالة القذف السريع، مع العلم أن هجمات القلق قد تشتد عند بعض الأشخاص أحياناً لدرجة تؤدي إلى حالة واضحة من الاكتئاب الذهاني، وفي بعض الحالات عندما تحدث هجمة القلق، للمرة الأولى، قد يظن المرء نفسه مصاباً بهجمة قلبية.

المضاعفات: عندما ينجم القلق عن كَرْب مؤقت، فهناك فرصة جيدة للشفاء التام، أما في حالات القلق الدائم، فمن المرجح حصول هجمات معاودة، ولمنع حدوث هذه الهجمات، أو للتقليل من أعراضها، يمكن متابعة تمارين الاسترخاء حتى في الأوقات الخالية من القلق، وقد يصف الطبيب لمريضه دواء ويطلب منه استعماله بمجرد شعوره بقرب هجمة قلق جديدة.

العلاج: لمعالجة حالات القلق لا بد، قبل كل شيء، من استبعاد كل مزعجات الحياة وكل مسببات الكَرْب، فإذا لم تفلح هذه الخطوة فلا بد من مراجعة الطبيب المختص ليقرر إذا كان هناك سبب جسمي للقلق كفَرْط نشاط الغدة الدرقية مثلاً، أو أنه ينصح باستعمال بعض الأدوية النوعية أو يحيل المصاب إلى المعالجة النفسية.

العلاج الذاتي: يستطيع الإنسان أن يخفف أعراض القلق بعدة طرق، مثل الاسترخاء لمدة ساعة أو ساعتين، ولمرتين إلى ثلاث مرات كل يوم، والسباحة والمشي أو الهرولة، على سبيل المثال.

العلاج الاختصاصي: في الحالات التي تعاود الشخص هجمات القلق بين الحين والحين، ينصح بالاستمرار في تمارين المعالجة الذاتية، وبمتابعة الاتصال مع الطبيب المختص حتى في فترات الشفاء التام بين هجمات القلق المعاودة، إذ ربما يقترح الطبيب إجراء تمارين لإرخاء العضلات المتوترة، وقد يصف بعض العلاجات، خاصة عندما يشعر بقرب نوبة قلق جديدة، أو ربما ينصح بالمعالجة النفسية أو بفترة من الاستشفاء.

الرُهابات (Phobias)

الرُهاب هو الخوف اللامنطقي من موضوع أو وضع ما، فمن المحتمل أنك تخاف من

رؤية أو لمس العنكبوت، أو أن يكون لديك خوف مرضي من المرتفعات (رُهاب المرتفعات). إن مثل هذا الخوف لا يمنعك عادة من ممارسة حياتك الطبيعية. فمن السهل أن تتجنب العنكبوت، أو المناطق المرتفعة، لكن الخوف من الأماكن المغلقة مثلاً، يشكل مشكلة أكبر، لأنها ربما تمنعك من استعمال السيارات أو القطارات، ولكن معظم الذين لديهم رُهاب الأماكن المغلقة، يتدبرون أمرهم بالتغلب على مخاوفهم وإلا فإن حياتهم ستكون صعبة جداً، وبالفعل فإن بعض أشكال الرُهاب يمكن أن يجعل الحياة العادية مستحيلة، ومثال شائع على ذلك هو رُهاب الفضاء التي تعرف عادة بالخوف من المناطق المفتوحة، حيث يمكن أن يكون الرُهاب ليس فقط من الأماكن المفتوحة، مثل حديقة، أو حقل، ولكن أي مكان خارج منزلهم، ويمكن أن يكون الرُهاب عبارة عن خوف من المجتمع، وهذا يرتبط بأعراض الانسحاب والخجل الشديدين المصاحبين لمرض الاكتئاب. فإن كنت تعاني من رُهاب الفضاء، أو أي رُهاب آخر، فإن مواجهة هذا الرُهاب يمكن أن تسبب أعراض القلق وتسرع ضربات القلب وتعرق اليدين والتنفس السريع والشعور بالغثيان.

العــلاج:

العلاج الذاتي: إن العديد من الناس، الذين لديهم رهاب وحيد مثل الخوف من السفر بالجو، ينظمون حياتهم بأخذ الموضوع بعين الاعتبار، فلا يسافرون جواً. لكن التقدم، الذي حصل في السنوات الأخيرة حول فهم الحالة النفسية للمصاب بالرُهاب قد جعل مثل هذا الاجتناب غير ضروري، وأصبح العلاج ممكناً والشفاء ميسوراً، مع العلم أنه لا يوجد دليل يثبت أن حذف أحد مصادر قلق الرُهاب يجعل المرء أكثر أو أقل عرضة للإصابة برُهاب آخر.

العلاج الاختصاصي: يصف بعض الأطباء لمرضى الرهاب أدوية مضادة للاكتئاب، أما المعالجة النفسية لهم، فإن النمط الأشيع لها هو تطبيق العلاج السلوكي الذي يمكن تقديمه داخل وخارج المستشفى على حد سواء.

هنالك نوعان رئيسيان من العلاج السلوكي هما، إزالة الحساسية والتطويف.

ففي الطريقة الأولى ـ إزالة الحساسية ـ يسعى المعالج لمساعدة المريض على زيادة تعرضه تدريجياً لمصدر الخوف، بينما يعلمه في نفس الوقت أن يسترخي بعمق. فمثلاً ربما يعلم الشخص الذي يخاف السفر بالطائرة، في بادئ الأمر، عملية إرخاء عضلاته بعمق ومن ثم تعرض عليه بالتدريج صور طائرات ويطلب إليه أن يتخيل أنه يركب طائرة، ويؤخذ إلى المطار ويقف بجانب الطائرة وهي على الأرض وأخيراً يصعد إلى الطائرة وهي جاثمة على الأرض ويجلس بداخلها.

وفي الطريقة الثانية من العلاج ـ التطويف ـ يكون العلاج عنيفاً، حيث يجعل المصاب يواجه فجأة الأمر الذي يرهبه، وذلك بأن يجعل ضمن حالة الخوف التي يرهبها بدون أية فرصة

الإكراه والوسواس (Compulsion and obsession)

الإكراه هو رغبة لا تقاوم للتصرف بطريقة معينة رغم علم الشخص بأنها غير منطقية، والوسواس هو رأي، أو فكرة تستقر في العقل ولا يمكن نسيانها، والنشاط العقلي الوسواسي غالباً يقود إلى سلوك إجباري.

من وقت لآخر، تستحوذ على الناس إكراهات ووساوس عدة. ففي يوم ما، على سبيل المثال، لا يمكنك إبعاد نغمة بسيطة عن رأسك تكون قد استبدت بك، أو ربما تشعر، بحماقة، على أنك مجبر على المشي كل يوم على نفس الجانب من الطريق. فالأفعال الإكراهية والوسواسية تصبح اضطرابات فقط عندما تشعر أنك مجبر على فعلها باستمرار إلى حد تدخلها في حياتك الطبيعية.

الأعراض: يستحوذ الوسواس على المرء تدريجياً، فربما يصبح اهتمامه بشيء معين مثل السياسة أو الدين، ومن ثمَّ يجد نفسه دائم التفكير به، وقلما يفكر بشيء آخر، وعند تلك النقطة يبدأ الوسواس بالتأثير على السلوك. فإذا استحوذت عليك فكرة، في وقت ما، أن سرقة المنازل متفشية فمن الممكن أن تشعر، بإكراه، على تفقد باب بيتك مرة ثانية بعد أن تكون قد أقفلته لتوك بأمان. هذا، نسبياً، إجبار غير ضار، لكن بعض الناس ربما يصلون في وسواسهم إلى ما وراء الحد الطبيعي عندما ينهضون من الفراش عدة مرات خلال الليل لكي يتفقدوا الباب مراراً وتكراراً.

تتركز الاضطرابات الإكراهية عادة على المخاوف المبالغ فيها. فبعض الناس مثلاً تستحوذ عليهم فكرة الخوف من الجراثيم، فيغسلون أيديهم مراراً وتكراراً، مثل هذا الشخص ربما يدرك أنَّ تصرفه أحمق، لكن محاولة مقاومة الإكراه القسري هذا تسبب لهم القلق الشديد الذي يمكن إزالته فقط بالاستسلام للإكراه (أي مثل هذا الشخص لا يشعر بالراحة إلاَّ إذا غسل يديه عدة مرات).

العلاج: إذا وجدت أنَّ أياً من أفكارك أو أفعالك تخرج عن سيطرتك، على سبيل المثال، إذا كنت لا تقدر على إجبار نفسك على الذهاب إلى العمل لأن طريقك المعتاد قد أغلق، فراجع طبيباً نفسياً، والعلاج للحالات المعتدلة لهذا الاضطراب يكون عادة معتمداً على توضيح حقيقة مخاوفك وما الذي ينطوي خلف سلوكك القسري هذا. يمكن مداواة الإكراه في بعض الأحيان بنوع من المعالجة عرفت بإزالة التحسس (راجع الرُهابات صفحة 341).

ينقسم الرأي الطبي حول تأثير الأدوية على الاضطرابات الحادة للإكراه والوسواس، حيث يؤكد البعض أنَّ الأدوية المضادة للاكتئاب والمهدئات تساعد على تخفيف الاكتئاب والقلق اللذين هما أعراض تصحب تلك الاضطرابات بشكل كبير.

المُراق (وسواس المرض) (Hypochondriasis)

إن أغلب الأشخاص الأصحاء غير مدركين لطريقة عمل أجهزة جسمهم ولا يفكرون أبداً بذلك بخلاف المراقيين، فإنهم يكونون قلقين وحذرين جداً تجاه عمل تلك الأجهزة ويركزون كثيراً على ذلك حتى تبدو أجهزتهم وكأنها مزعجة لهم بشكل دائم، والحالات المعتدلة من المُراق تعتبر شائعة. والاهتمام المبالغ فيه بالصحة يصبح نوعاً من الاضطراب العقلي. وفي كل الأحوال فإن الاهتمام الزائد بالصحة يسبب فقدان الاهتمام في كل أمور الحياة الأخرى ما عدا توهم اعتلال الصحة. ويظهر هذا الاعتلال. عادة كاختلاط لحالة عقلية ضمنية مثل القلق (راجع صفحة 340).

الأعراض: يقوم المُراقي (المصاب بوسواس المرض) عادة، بزيارة الأطباء باستمرار، واحداً بعد الآخر، ويشتري ويستعمل عادةً مجموعة كبيرة من الأدوية.

إذا كانت حالة المراق ترجع إلى حالة قلق ضمنية، يميل الشخص عندئذ إلى تفسير الأعراض الجسمية للقلق كإشارة إلى مرض جسمي شديد، أما الأشخاص الذين ترتبط حالة المراق لديهم بمرض الاكتئاب فيعتقدون عادة أن أجسامهم تضعف وصحتهم تنهار، كخوفهم الشديد من وجود سرطان لديهم.

العلاج: إذا كنت دائم الخوف من إصابتك بمرض خطير وإذا لم تقتنع بتأكيدات الطبيب المتكررة بسلامتك فحاول أن تتقبل أن لديك مشكلة عقلية. أما إذا كانت حالة المراق ترجع إلى اضطراب عقلي كامن، مثل الاكتئاب، فالعلاج الناجح لذلك الاضطراب سوف يشفي المراق غالباً، لكن عندما يكون المراق هو المشكلة الوحيدة، فمن الصعب جداً علاجها، وبعض الأطباء يصفون لمرضاهم مهدئات خفيفة. ورغم أن وسواس المرض يشكل جزءاً من شخصية المصاب فإن العلاج النفسي قد يساعد أحياناً.

الذُهان العضوي (Organic psychosis)

الذُهان العضوي هو اضطراب عقلي شديد الوطأة بحيث يسبب فقدان التواصل مع الواقع. وفي معظم الحالات لا يُعرف ما الذي يسبب هذا المرض، ولكن أحياناً قد يسببه عامل جسمي كاعتلال دماغي، أو خمج مثل داء الزهري (ص 817)، أو ردة فعل لعقار ما. وفي مثل هذه الحالات يوصف الذهان بأنه عضوي.

يؤدي الذهان العضوي إلى حدوث علامات مرضية واضحة، كالتعبير المشوش والتحدث المضطرب، كما يشيع حدوث هلوسات بصرية حيث يرى المريض أحداثاً وأشكالاً من وحي خياله.

إن المعالجة المرضية الوحيدة لهذا الداء هي أن تعالج المشكلة الجسمية المستبطنة، فإن كان هذا مستحيلاً، فيمكن أن يُعطى المصاب أدوية مهدئة وهذه تريحه بشكل مؤقت.

الهُراع (الهستيريا) (Hysteria)

الهُراع: هو ردة فعل عُصَابية زائدة لتجربة أو وضع ما. وأنت لا تعتبر في حالة هُراع، بمعنى الكلمة من الناحية الطبية، إذا كانت ردة فعلك الطبيعية، أثناء لحظات الكَرْب، هي البكاء غير المضبوط أو الصراخ، حيث يميل العديد من الناس إلى الإفراط بالتعبير عن مشاعرهم، فلا يعتبر أن لديهم مرضاً عقلياً بسبب هذه الميول.

يظهر الهُراع، عندما تكون ردة فعل أحدهم (الذي يمكن أن يكون، أو لا يكون، عادة عصبي المزاج) تجاه الضغوط القاسية هي ظهور أعراض جسمية لا يمكن أن تكون أسبابها عوامل جسمية، إنّ مثل هؤلاء الناس لا يدركون أنّ تلك الأعراض قد حدثت بسبب الهُراع فيعتقدون هم وأصدقاؤهم وأسرهم أنهم قد أصيبوا باضطراب جسمي حقيقي، في حين تكون المشكلة غالباً هي تصرف من نوع ما يساعد المهروع على الهروب من حالة الضغوط. على سبيل المثال إذا شاهدت حادثاً مروعاً حيث تعمل، ربما تعاني من ضعف في قدميك يمنعك من مغادرة المنزل في اليوم التالي أو لمدة أطول، أو قد تتعرض لفقدان كلي للذاكرة، يتبع حادث حاولت نسيانه. من المهم أن لا تخلط بين الهُراع وبين المرض الجسمي، فالأمراض النفسية الجسمية التي تسببها الضغوط هي اضطرابات جسمية حقيقية، وعلى العكس فإن الهُراع إلى حدٍّ بعيد، هو مرض وهمي.

الأعراض: يمكن أن تكون ردة الفعل الهراعية معتدلة (ألم غامض، ضعف، أو دوخة) أو شديدة (شلل الأطراف، أو العمى المفاجىء) ونادراً ما يكون هناك فقدان للذاكرة. إنَّ الأعراض المرافقة للهراع يكون من الصعب عادة تشخيصها وخاصة عندما ينكر الشخص المريض وجود مشاكل عاطفية لديه.

العلاج: إذا شككت بأنَّ العجز الذي أصاب أحد أفراد أسرتك يرجع إلى ردة فعل عصابية لبعض التجارب أو الحالات، استشر طبيبك، مهما تكن شكوكك صحيحة أم لا. لا تتهم أحداً بأنه يتظاهر بالمرض، فالمهروعون هم مرضى حقيقيون وغالباً شديدو الحساسية. ونظراً لصعوبة تشخيص الهُراع إلى حد بعيد، فربما يطلب الطبيب إجراء عدة اختبارات تشخيصية لاستبعاد إمكانية وجود سبب جسمي للأعراض. وإذا تبين أن الهراع هو سبب الأعراض، يُحال المريض إلى اختصاصي.

يبدأ العلاج باكتشاف المشكلة الأساسية ومساعدة الشخص على حلها حيث لا يمكن للعلاج الدوائي الطبي وحده أن يكون شافياً، وهكذا فإنَّ كل شيء يعتمد على العلاج النفسي الودي والصبور. والدواء الوحيد الذي يمكن وصفه في حالة الهستيريا هو المهدىء، ليساعد الشخص على الاسترخاء لحين يتم التعرف على المشكلة الأساسية وعلاجها. في حالات نادرة يُلجأ للعلاج المعروف باسم التنفيس، هذا العلاج يجدي نفعاً للأشخاص الذين ترجع حالة الهستيريا لديهم إلى صدمة عاطفية، قاسية. يجب أن يتمدد الشخص الذي تُجرى له المعالجة

بالتنفيس بهدوء في غرفة قليلة الاضاءة، وللتغلب على مقاومة رفضه لمناقشة الموضوع الصعب الذي سبب له المشكلة، يوضع تحت التخدير البسيط، إما باستنشاق الإيتر أو بحقنه بنوع خاص من المخدر، ثم عندما يسترخي كلياً يُطلب إليه أن يستذكر بالتفصيل الواقعة التي أطلقت تفاعله الهراعي. وإن مجرد التفريج عن الخبرة المكبوتة بهذه الطريقة يزيل غالباً أعراض الهُراع. ولا أحد يعلم كيف يحدث ذلك.

اضطراب (اعتلال) الشخصية (Personality disorder)

يظهر الشخص الذي يحمل اضطراباً في شخصيته عاجزاً بطبيعته عن قبول الأعباء التي تفرض عليه من العالم المحيط به، كما أن هؤلاء الأشخاص قد يبدون جذابين ولكن بشكل سطحي، وإنما دوافعهم الداخلية هي أنانية وقاسية، وعلى الأغلب مؤذية. فقد يكذبون أو يسرقون أو يهددون لكي يكسبوا بطرقهم الخاصة، كما أنهم يبدون عاجزين عن التعلم من تجاربهم، ويستمرون على هذه الحالة حتى يخلقوا جواً عدائياً حولهم. وكثير منهم لا يتحمل المسؤولية بشكل واضح وكامل وغير قادر على تحمل وظائف صغيرة ولا على إنشاء علاقات مُرْضية. وربما يوصف اضطراب الشخصية باضطراب عقلي طويل الأمد حيث ربما يصبح، أو لا يصبح، مشكلة للشخص أو للمجتمع. وربما يتمكن بعض الأفراد المصابين به من إحراز نجاح خلاّق أو مادي على الرغم من إصابتهم بهذا الاضطراب، إلا أن معظمهم أناس غير كفوئين تجرفهم الحياة أو ينجرفون بمظاهرها فحسب، وهم تعساء على الدوام. وقد يصبح عدد لا بأس به منهم عنيفاً عندما يُحبَطون أو يعتادون تجاوز القواعد التي تحقق النظام الاجتماعي وتحفظه. ويمضي مثل هؤلاء الأشخاص جل حياتهم في السجن أو تحت إشراف الدولة.

لا يوجد حتى الآن أية طريقة فعالة لمعالجة اضطراب الشخصية، لكن من الممكن معالجة الاعتلالات التي يمكن أن يتعرض لها الأشخاص المضطربو الشخصية، مثل الاكتئاب الشديد أو الكحولية أو إدمان المخدرات. ومع ذلك يبقى جوهر الشخصية على حاله.

إن بعض الأشخاص، المعادين للمجتمع أثناء شبابهم، يصبحون ناضجين عاطفياً بشكل جيد في متوسط العمر.

إن شعرت أن أحد أفراد عائلتك تصرف بطريقة تعكس وجود اضطراب في شخصيته فاستشر الطبيب وهو سيساعدك أو يرشدك إلى ما هو مفيد بهذا الخصوص.

الاختلافات الجنسية النفسية (Psychosexual variations)

يتقبل معظم الناس، وبشكل عادي جداً، شعورهم الخاص بذكورتهم أو أنوثتهم، كما يقبلون حقيقة إثارتهم جنسياً من قبل الجنس الآخر، ولكن هناك قلة من الرجال والنساء لا يملكون مثل هذه المشاعر الطبيعية ولا الرغبات الجنسية. وبعض الناس (حوالي 5% من

المجموع العام) جُنُوسِيُون أو ثنائيو الجنس، ويكونون منجذبين إلى آخرين من نفس جنسهم عوضاً عن أو بالإضافة إلى الجنس الآخر. وهنالك رجال (ونادراً نساء) يمكن أن يصبحوا متهيجين جنسياً فقط عندما يدمجوا موضوعاً تميمياً (وثنياً) في ممارستهم للجنس أو عندما يرتدون ملابس نسائية.

إن المظهر الأساسي في «انحراف المَلْبَس» هو قيام الذكر الطبيعي (أي ذو التوجه الجنسي الغيري) باستمرار وبشكل معاود بارتداء ملابس الجنس الآخر، بغرض التهيج الجنسي، وذلك على الأقل في بداية انحرافه. إن مثل هؤلاء الرجال طبيعيون عادةً (متغايرون جنسياً) والأغلب أنهم متزوجون، ولكن يبدو أنهم يفتقرون للحس المُسَالِم لذكورتهم والذي يتمتع به معظم أقرانهم.

قليل جداً من الناس، ربما واحد من كل مئة ألف رجل، وأقل من ذلك عند النساء، تختلف ميولهم الجنسية، أي يتصرفون كما يتصرف الجنس الآخر (Transsexual)، حيث أن جوهر جنسهم الحقيقي (الجنس الذي يشعرون به داخلياً في نفوسهم وليس ما يدل عليه مظهرهم) يبقى في نزاع دائم مع جنسهم الحيوي الذي يبدون به بحيث يشعرون دائماً أنهم مأسورون في الجسم الخطأ، أي أن الرجل يتصرف كما تتصرف المرأة والعكس بالعكس.

إن سبب هذه الاختلافات الجنسية غير معروف حتى الآن، ومن المحتمل أن تتأثر الرغبة الجنسية بتجارب الطفولة وبالبيئة المحيطة. فالرجال أو النساء الذين يعيشون في بيئة كلها ذكور أو بيئة كلها إناث ـ حالة السجن مثلاً ـ قد يمرون في مرحلة مؤقتة من الجنوسية، ولكن بشكل عام لا يمكن أن تتغير الرغبة الجنسية عند الشخص البالغ بسهولة، فإنها جزء من تكوين شخصيته ولا تعتبر حالة مرضية أو اضطراب عقلي، لأنهم سيعودون إلى طبيعتهم عندما تعود ظروفهم طبيعية. ويعتمد تأثير هذه المشكلة على الشخص المعني وعلى مدى تقبله لها وكذلك على مواقف العائلة والأصدقاء والمجتمع. ويرى بعض الاختصاصيين أن معالجة مثل هؤلاء الأشخاص تكون، فقط، بتشجيعهم على اتباع ميولهم وأحاسيسهم الخاصة بهم ليكونوا أكثر سعادة، أو رفع معنوياتهم لمعالجة مشاكلهم الاجتماعية والشخصية.

ـ 2 ـ
الإدمانات وسوء الاستعمال (Addictions and abuses)

يمكن أن يتحول الإدمان إلى اضطراب عقلي عندما لا يتمكن المدمن من السيطرة على رغبة ملحة نحو عقار ما أو نحو ممارسة نشاط معين. فضرورة امتلاك أي شيء يرغب به المدمن بشكل ملح، يمنعه من أن يعيش حياة طبيعية. وغالباً ما يؤدي الإدمان إلى نقص في التوازن العقلي وإن لم يسبب ضرراً جسمياً ظاهرياً. ولقد تم وضع ثلاثة نماذج من الإدمانات في مواضيع منفردة لمناقشتها لاحقاً وهي: إدمانات الكحول والمخدرات والقمار.

الإدمان على الكحول (Alcohol abuse)

يفرط بعض الأشخاص في شرب الكحول، وقد يصبحون مدمنين عليه، اعتقاداً منهم أنهم بذلك يخففون عن أنفسهم الضغوط الشخصية أو المادية أو الاجتماعية أو ضغوط العمل، حيث يجدون الراحة المؤقتة وعلى حساب عواقب عَرَضية بسيطة. فقد يبدأون، تدريجياً، الشرب متى أحسوا رغبة في ذلك، وكلما أسرفوا في الشرب كلما قل تحملهم للتوتر بدون الكحول.

يمكن أن تعتبر نفسك كحولياً (مدمناً)، أو في خطر أن تصبح مدمناً، إذا وصلت لحالة تجد فيها نفسك راغباً بالشرب ليس فقط لتخفيف التوتر ولكن لتشعر أنك طبيعي. فإذا بدأ الشرب يؤثر على صحتك وشخصيتك، أو حياتك العملية، أو كلاهما معاً، فإنه يتوجب عليك أن تبدأ العلاج فوراً. ومن المعروف أن بعض الأشخاص يستطيعون أن يشربوا كميات أكبر، ولفترة أطول، إلى أن يصلوا إلى مرحلة (الإدمان). هذا الاختلاف بين الأشخاص يعتمد في جزء ما منه على قدرة تحملهم الجسمية للكحول، ومن البديهي أن الانتقال من الشرب باعتدال إلى مرحلة الإدمان يمكن أن يكون بصورة تدريجية وعبر سنين طويلة قد تصل إلى (10 ـ 15) سنة، وفي حالات نادرة قد يترسخ هذا الإدمان بسرعة كبيرة.

تختلف كثيراً عادات شرب الكحول بين الأشخاص، فبعض الكحوليين يفرطون بالشرب، ورغم سكرهم يستمرون بالشرب لعدة أيام دون انقطاع، وآخرون يشربون بشكل مستمر رغم فقدهم لوعيهم تماماً. ربما يشرب البعض أنواعاً محددة من الخمور، في حين أن هناك من يشرب أي نوع من المشروبات الكحولية دون تمييز.

عملياً، من المستحيل أن نعمم سبب الإدمان على الكحول، أو كيف يتطور. وتشير البحوث الأخيرة (وهذا مهم) إلى وجود عنصر وراثي في العديد من حالات الإدمان على الكحول، وكذلك يعتقد أن سرعة التأثر بالكحول يمكن أن تكون وراثية أيضاً.

الأعراض: غالباً ما تكون الأعراض المبكرة التي تظهر على الكحوليين (المدمنين) غير ملحوظة حتى من أصدقائهم المقربين وهي تبدو عادة كرغبة في الشرب المفرط، أو تظهر على أنها رغبة محددة بالمناسبات الاجتماعية فقط، وربما يعترف بعضهم أنهم فقدوا وعيهم بسبب شربهم الكحول، وذلك عندما يستيقظون صباح اليوم التالي وقد نسوا كل شيء حدث لهم أو معهم في اليوم أو الليلة السابقة. فإذا حدث هذا لك، أو لأي فرد من أفراد أسرتك، خاصة إن كان مداوماً على شرب الكحول يومياً، فليكن هذا إشارة على أنها بداية مشكلة وقبل مضي وقت طويل ستجد أن مثل هذا الشخص سوف يبدأ الشرب مبكراً في النهار ويستمر لفترة أطول.

إذا شعر الكحولي أنه بدأ يدخل، أو دخل فعلاً، في دوامه الإدمان فإنه يبدأ بإخفاء حقيقة أنه يشرب بكثرة، ونجده مثلاً يمزج الكحول مع العصير، ويخفي زجاجات الخمر داخل المنزل لكي لا يعلم أحد بأمره، وذلك ربما لأنه يشعر بالذنب.

من ناحية أخرى، ربما يصبح المرء في هذه المرحلة عدوانياً ونزقاً ومتوتراً، وربما يردد يومياً أنه سيقلع نهائياً عن الاستمرار في الشرب، بل وينفي وجود أية مشكلة مع شرب الكحول. أحياناً يصبح الكحولي كئيباً ويشعر بالاضطهاد ويخاف من الآخرين دون سبب معروف وبعضهم يغارون على أزواجهم، وفي مرحلة أكثر تقدماً يتدنى مستوى ذكائهم وتفكيرهم ويصبحون غير قادرين على التركيز، وليس لديهم القدرة على تحمل أعباء العمل المجهدة. وتتدنى قدراتهم من الناحية الجسمية وتصبح قوتهم أقل وصوتهم أجش وترتجف أيديهم ويصابون بالتهاب معدة مزمن (ص 584) وغير ذلك.

المضاعفات: إدمان الكحول شائع في المجتمعات الغربية أكثر من سواها. ففي الولايات المتحدة مثلاً هناك (9%) من الرجال و(4%) من النساء مدمنين على شرب الكحول، وبشكل عام يبدأ إدمان الكحول ما بين الـ (35 ـ 55) سنة من العمر، ولكن هناك أشخاصاً يبدأون باكراً، ومنهم من تظهر عليه أعراض الإدمان في سن المراهقة، أو ربما أبكر من ذلك.

يؤثر إدمان الكحول سلباً على كل أجهزة الجسم بشكل عام، فيلاحظ أن من كل خمسة أشخاص يشربون الكحول بكثرة واحداً مصاباً بتشمع الكبد (ص 619)، وكذلك تصاب المعدة بالأذى، والدماغ والكلى والقلب، بالإضافة إلى إصابة الكحوليين، بشكل عام، بسوء التغذية ونقص الفيتامينات بسبب عدم انتظام تناولهم للطعام (راجع ص 630).

إن إدمان المرأة الحامل أو شربها للكحول بإفراط يعرضها لإنجاب طفل متخلف جسمياً وعقلياً، وقد ثبتت، بدقة، العلاقة بين إدمان الكحول وبين مجموعة من شذوذات النمو لدى الوليد، وسميت المتلازمة الكحولية الجنينية (FAS))، (راجع التعريف ص 9) وقد ركزت معظم التقارير على احتمال إنجاب المرأة المدمنة لطفل مصاب بنسبة تصل إلى (40%) أو أكثر، مع العلم أن الشرب المفرط أو المتقطع أثناء الحمل يمكن أن يؤدي أيضاً إلى الإجهاض، أو ولادة مبكرة، أو ولادة مولود ميت، أو إنجاب أطفال ذوي وزن ضئيل، وقد أوردت إدارة الغذاء والدواء في الولايات المتحدة الأميركية تقريراً لها ذكر أن ستة جرعات (تقدر الجرعة بكأس خمر عادي) تتناولها الحامل كل يوم يكون لها خطر أكيد على الجنين، كما أن جرعتين في اليوم أيضاً تشكل خطورة متزايدة على نمو وتطور وولادة أطفال مشوهين، وفي الحقيقة فإن كثيراً من الأطباء الآن ينصحون كل النساء اللواتي يخططن للحمل والإنجاب أن يمتنعن كلياً عن شرب الكحول عند محاولة الحمل وأثنائه، وخاصة أثناء الاثني عشر أسبوعاً في بداية الحمل، وبعد ذلك يقولون إنه يمكن الشرب قليلاً في المناسبات الخاصة. وأخيراً نذكر أن حوادث السير

المميتة التي يسببها المدمنون وشاربو الخمر تمثل (50%) من حوادث السير في أميركا، مع الإشارة إلى ما يتركه الإدمان من آثار ضارة على الأسرة، حيث يضيع كثير من موارد الأسرة المادية ثمناً للكحول، وتصبح العلاقة الأسرية مليئة بالعدوانية والبغضاء والمشاحنات، وكلنا يعلم ما يتركه ذلك من أثر على الأسرة كلها بشكل عام، وعلى الأطفال منهم بشكل خاص.

العلاج: يقولون «درهم وقاية خير من قنطار علاج» فإن وجدت أنك قد أصبحت تميل إلى الإدمان على شرب الكحول فابدأ فوراً بالتوقف النهائي عن الشرب أو، على الأقل، ابدأ بتقليل مقدار ما تشربه، وقلل مناسبات الشرب أيضاً، فإذا وجدت أن ذلك يستحيل تحقيقه فاطلب المساعدة الاختصاصية دون تأخير، اتصل بطبيبك وأصدقائك واطلب مساعدتهم.

أما إن ظهرت أعراض إدمان الكحول على شخص ما مقرب إليك لكنه أنكر ذلك، كما يفعل الكحوليون عادة، فاستشر الطبيب حول المشكلة، حيث لا يمكنك إجبار أحد على طلب المساعدة، لكن الإقناع عن طريق الطبيب، أو المصلحين الاجتماعيين أو أي اختصاصيين أو أشخاص آخرين يمكن أن يكون مؤثراً أحياناً. ولنجاح العلاج لابد من اقتناع الكحولي بوجود المشكلة لديه والتصميم على الصراع معها، والحل الأكثر فعالية، هو التحكم بطريقة شرب الكحول، وفي الواقع فإن الامتناع التام عن شرب الكحول هو الحل الوحيد لعلاج المدمنين، وقد يكون ذلك صعباً دون مساعدة مستشفى خاص وأطباء ومشرفين اجتماعيين اختصاصيين بعلاج الإدمان، وهذا العلاج يتضمن حتماً الامتناع التام عن الشرب مما يجعل المدمن يمر بفترة عصيبة جداً حتى يتخلص جسمه من أثر الكحول ويعود إلى وضعه الطبيعي. وأثناء ذلك ربما يُعطى المدمن بعض المهدئات، ويؤمن له طعام جيد وكميات وافرة من الڤيتامينات خاصة إذا كان يعاني من نقص التغذية وعوز الڤيتامينات، واتباع ذلك بمعالجة نفسية فعالة مما يساعد المدمن، الذي شفي لتوه من الإدمان، على العودة إلى الحياة الاجتماعية الطبيعية، على أن هناك طرقاً أخرى متعددة لعلاج الإدمان نعرض عن ذكرها تجنباً للإطالة. وأخيراً نقول إن تصميم المدمن نفسه على العلاج والشفاء والتخلص من الإدمان هو العامل الفعال الأكبر في علاج الإدمان برمته.

الإدمان على المخدرات (Drugs abuse)

يتعاطى الناس المخدرات عادة لأحد سببين، إما لأنها قد وصفت لهم من قبل طبيب لعلاج بعض الاضطرابات الجسمية أو العقلية، أو لرغبتهم بإحداث تأثير كاذب بالمتعة، مثل الخمول الناتج عن أخذ الهيروئين، أو النشاط المعتدل الناتج عن أخذ الكافئين الموجود في القهوة، الشاي، والكولا على سبيل المثال، وبتكرار استعمال المخدر، لفترات طويلة، يصبح الشخص المستعمل له مدمناً عليه ولا يستطيع الاستغناء عنه وهذا ما يسمى بالاعتماد، وهو نوعان جسمي ونفسي.

فعند أخذ المخدرات التي يسبب تعاطيها اعتماداً جسمياً، يصبح جسم المتعاطي معتاداً على تلقي المخدر وتتغير كيميائيته بحيث لا يعود المرء قادراً على الامتناع عنه، فإذا ما توقف عن تعاطيه، طوعاً أو كُرهاً، فإن ذلك يُحدث أعراضاً جسمية عنيفة تستمر إلى أن يكيف الجسم نشاطه مرة ثانية للعمل بدون أخذ المخدر الذي اعتاد عليه، وهذا يعني أن المخدرات التي تسبب اضطرابات جسمية عند التوقف عن تعاطيها، يسبب تكرار استعمالها اعتماداً جسمياً عليها، ونذكر هنا، كمثال على ذلك، جميع المنومات التي تعدل تواتر النوم، والتي يعتاد الإنسان على استعمالها قبل النوم، فإن التوقف عن تناولها يسبب تبدلاً واضحاً في تواتر النوم يستمر لعدة أسابيع. وعند أخذ المخدرات التي يسبب تعاطيها اعتماداً نفسياً، يشعر متعاطيه براحة نفسية بالرضى، ويصبح غير قادر على تدبر أمره بدون استعمال تلك المخدرات، ويسبب التوقف عن أخذها اضطرابات نفسية وقلقاً وتوتراً كبيرين.

إن أهم المخدرات التي تسبب اعتماداً جسمياً هو الهيروئين يليه المورفين. هذا ونلفت النظر إلى أن كثيراً من الأساطير الزائفة أحاطت استعمال الماريوانا والكوكائين، التي يقال بأنها لا تسبب الإدمان، فقد أثبتت كل البحوث، وفي جميع أنحاء العالم، بطلان هذا الرأي وتلك المعتقدات الزائفة.

ليس كل من أخذ مخدراً لسبب اجتماعي أو طبي أصبح معتاداً عليه، وقد أصبح ثابتاً اليوم أن الاختلافات الوراثية بين الناس تجعلهم أكثر، أو أقل عرضة، لأن يصبحوا مدمنين. ومعظم الأطباء الآن يعتقدون أن إدمان المخدرات هو على الأكثر نتيجة للتفاعل بين شخصية الفرد وظروف حياته، والأشخاص الأكثر عرضة لأن يصبحوا مدمنين هم أولئك الذين يلجأون إلى المخدر للهروب من مشاكلهم، حيث يمكن أن تكون وسيلة الفرار هي شرب الكحول، أو أخذ المهدئات العصبية والنفسية، أو غيرهما، وفي كل الأحوال فإن تكرار استعمال المخدر يؤدي في نهاية المطاف إلى الإدمان عليه.

الأعراض: لكل نوع من المخدرات أعراضه الخاصة العقلية والجسمية (راجع الجدول ص 354)، وبشكل عام فإن أي إدمان كفيل بأن يسبب إفساداً تدريجياً في قدرة المدمن على العمل والعلاقات الشخصية، أو كلاهما معاً.

يكون سلوك المدمنين عادة غريب الأطوار، مترافقاً بتبدل في المزاج، مع لحظات من الاضطراب والتهيُّج متناوبة مع حالات خمول شديدة، وغالباً يؤدي الإدمان إلى نقص الشهية للطعام وإعياء بدون سبب واضح، وفظاظة في التعامل، فإذا وجدت بعض هذه الأعراض في شخص مقرب لك، فليس من الضروري أن يكون ذلك إشارة لحالة إدمان على المخدر، لكن إذا كان يمضي وقتاً طويلاً خارج المنزل ويبدو مفلساً بشكل دائم، بدون سبب واضح، فمن الممكن أن يكون لديك سبب للشك.

المضاعفات: لا تحدث أية أضرار جسمية أو عقلية على الإنسان إذا تعاطى المخدرات (المقصود هنا الأدوية) بالمقادير الموصوفة من قبل الطبيب (في حالة المرض)، ولكن في حالات الإدمان الصريحة ربما يؤدي تعاطي المخدر إلى مرض جسمي أو عقلي، أو يؤدي إلى الموت أحياناً، خاصة إذا أخذ المدمن جرعة كبيرة بطريق الخطأ أو الجهل.

العلاج: هناك اعتقاد بأن جميع المدمنين يحتاجون إلى مساعدة، ولكن المدمنين أنفسهم لا يطلبون هذه المساعدة إلا نادراً، خاصة عندما يكونوا يائسين، فإذا كنت مهتماً لعلاج نفسك أو علاج شخص آخر يهمك أمره، فاطلب المساعدة الطبية، ولكن لا تنسَ أبداً أن النجاح في علاج المدمن يعتمد كثيراً جداً على رغبته هو في العلاج.

العلاج الذاتي: بشكل عام، لا يوجد هناك علاج بالاعتماد على الذات لحالات الإدمان الشديدة. أما إذا كنت مدمناً على جرعات بسيطة فراجع الطبيب المختص لعلاج حالات الإدمان، وهو يقدم لك إرشادات تساعدك على الإقلاع عن المخدرات.

العلاج الاختصاصي: يتم علاج مدمني المخدرات عادة في المشافي المختصة، وعلى أيدي اختصاصيين مهرة، وعلى مرحلتين. ففي المرحلة الأولى تجري عملية تخليص الجسم من اعتماده على المخدر، وفي المرحلة الثانية يتم علاج المدمن نفسياً، وذلك بدعمه الدائم وإعادة تأهيله للعودة إلى المجتمع والطلب إليه ضرورة الإبقاء على اتصال مع المستشفى لفترة طويلة لطلب النصيحة والدعم عند الحاجة.

إدمان المهدئات

في مجتمعنا الشرقي، اعتاد بعضنا على استعمال الكثير من الأدوية، حيث أصبح الفرد منهم يعتقد أن مشاكله الشخصية يمكن أن تُحلَّ على الأغلب بأخذ دواء ما. ورغم أن لمعظم الأدوية خطراً كامناً إلا أنها مقبولة اجتماعياً، لذلك ليس من الغريب، أو المدهش أن تجد كثيراً من الناس يفضلون تناول أدوية مهدئة لتخفيف قلقهم وتوترهم أكثر من أن يعالجوا سبب مشكلتهم الأساسية. ويمكن أن يقال إن بعض الأطباء أنفسهم سرعان ما يصفون الأدوية المهدئة دون أن يقدروا احتمال إدمان المرضى عليها.

إن كنت تتعاطى مهدىء البنزوديازبين (Benzodiazepine) لأكثر من أربعة أو ستة أسابيع، فإنك تعرض نفسك للاعتياد عليه. فأدوية مثل الڤاليوم (Valium) يجب أن لا تؤخذ إلا لفترة وجيزة للتخلص من التوتر، وبجرعات منخفضة قدر الإمكان، وبخلاف ذلك فإن الناس الذين يتعاطونها دون انتباه سيعتادون عليها ويدمنونها، وسيضطرون إلى زيادة الجرعة كلما استعملوها لفترة أطول. وتذكَّر دائماً أنك إذا أدمنت على أي دواء وأردت أن تتوقف عن استعماله فيجب أن يكون ذلك تدريجياً وبإشراف الطبيب.

إن الذين يدمنون المهدئات، يلجأون إلى العزلة والابتعاد عن الآخرين بمن فيهم زوجاتهم وأولادهم لدرجة يصبح فيها المدمن حساساً بشكل زائد للضوء واللمس، ويصاب بآلام عامة، واضطرابات مَعدية ومِعوية وصُداع وكثرة النوم. بعد التوقف عن استعمال المهدئ قد تستمر هذه

الأعراض لمدة ثلاثة أشهر على الأقل، وأحياناً سنة أو أكثر، ومن الشائع أن تحصل في هذه الفترة حالات اكتئاب شديدة تتطلب المعالجة ولذلك يحتاج المرء في هذه المرحلة الحرجة إلى دعم العائلة والأصدقاء.

المخدرات وتأثيراتها

في مفهومنا العربي، العقاقير هي الأدوية الكيميائية التي نستعملها في علاج الأمراض، أما في الغرب، فهو يعني الشيء الذي يؤخذ طوعاً لإعطاء تأثير مؤقت ممتع (أي المخدرات). وقد يتداخل هذان المفهومان مع بعضهما حيث يوصف المورفين مثلاً كمعالجة دوائية لتخفيف الألم مع أنه من المخدرات، وهذا يعني أنه يستعمل كدواء، أما إذا تعاطاه الشخص لغاية المتعة فهذا يعني أنه تعاطى المخدرات.

إن بعض العقاقير التي تستعمل كأدوية مثل المورفين (Morphine) والنيكوتين (Nicotine) والكافئين (Caffeine) وغيرها هي من المواد التي تسبب الإدمان الشديد، أضف إلى ذلك، أنها تضر الإنسان كثيراً (خاصة المرأة الحامل وجنينها) إذا استعملت بشكل عشوائي، لذلك يجب استعمال جميع الأدوية حسب تعليماتها، أو حسب إرشادات الطبيب، بدقة وعند الحاجة لها فقط.

جدول يعطي فكرة بسيطة عن تأثيرات بعض العقاقير (المخدرات) الهامة

نوع المخدر	أهم تأثيراته	بعض العلامات البارزة لاستعماله	بعض تأثيراته على المدى البعيد
الأمفيتامينات Amphetamines وهي من المنشطات.	تسرع العمليات الذهنية والجسمية وتنتج طاقة زائدة ونشوة غير طبيعية.	فقدان الوزن، حدقتان متسعتان، أرق، إسهال، رجفان.	سلوك عنيف ـ احتمال الموت بسبب الإفراط في الجرعات.
الباربيتورات Barbiturates وهي من المنومات.	تؤدي إلى وَسَن ونُعاس بشكل كبير.	كلام متلعثم وغير واضح، ونقص في التنسيق والتوازن.	اختلال النموذج العام للنوم الطبيعي، رؤيا مزدوجة خطرة، احتمال الموت بسبب الإفراط في الجرعات، خاصة إذا أخذت مع الكحول، غالباً ما تظهر قرحات في موضع الحقن.
الحشيش Cannabis ويتضمن الماريوانا وهو من المهلوسات.	ترخي الذهن والجسم، وتنقص من الإدراك، وتسبب تأرجحاً في المزاج.	احمرار العينين، حدقتان متسعتان نقص في التنسيق الجسمي، وَسَن، وأحياناً غثيان.	تتضمن أضراراً في الدماغ والقلب والرئة والجهاز التناسلي وتسبب انخفاضاً في الدوافع مع بلادة.

نوع المخدر	أهم تأثيراته	بعض العلامات البارزة لاستعماله	بعض تأثيراته على المدى البعيد
الكوكائين Cocaine أو الكوك وهو من المنشطات.	ينبه الجهاز العصبي ويؤدي إلى أحاسيس قوية وأحياناً هلوسات.	حدقتان متسعتان، رجفان، انسمام واضح، هياج.	تقرح الممرات الأنفية إذا استعمل العقار استنشاقاً، وحكة عامة تسبب ظهور تقرحات مفتوحة، وأضرار في القلب والرئتين.
مستحضرات الأفيون Opiates وتتضمن المورفين والهيروئين والميثادون والبيثيدين. وهي مسكنات للألم.	تسكن الألم الذهني والجسمي وتؤدي إلى نشوة مؤقتة مزعومة.	فقدان الوزن، وَسَن تأرجح في المزاج، تعرق، كلام مشين، عينان متقرحتان.	فقدان الشهية للطعام يؤدي إلى سوء التغذية. الاستعداد الشديد للخمج، غياب الدورة الشهرية عند النساء، احتمال الموت بسبب الإفراط في الجرعات.
المهلوسات Psychedelic تتضمن عقار (LSD والمسكالين وغيرهما).	لها تأثيرات متضاربة أحياناً، لكنها، عادة، تؤدي إلى هلوسة ربما تكون ممتعة أو مخيفة.	حدقتان متسعتان، تعرق، رجفان، حمى، وقشعريرة أحياناً.	سلوك لامبالي. إن تناوله لمرة واحدة ربما يسبب اضطرابات نفسية مديدة التأثير.
المواد الطيارة Volatile substances أو المستنشقات وهي جميع الروائح المستنشقة التي تصدر عن الدهانات والبويا ومواد التنظيف وغيرها.	تؤدي إلى الهلوسة والدوخة ونشوة مؤقتة وفقدان وعي أحياناً.	ارتباك واضح، حدقتان متسعتان ووجه متورد.	أضراراً بالدماغ والكبد والكلية، واحتمال الاختناق عند الاستنشاق.

الإدمان على القمار (Addictive gambling)

يعتبر الإدمان على القمار من النوع الهاجسي لا القسري (الإكراه). فالقمار، وما شابهه من ألعاب الميسر الأخرى، تعطي المقامر متعة مميزة في حين أن الحاجة للمتعة أو السرور ليست عاملاً مهماً في معظم النشاطات القسرية الأخرى. فالمقامرون الهاجسيون هم أناس يعجزون عن مقاومة المتعة التي يجدونها بلعب الورق أو بأنواع القمار الأخرى كالمراهنة في سباقات الخيل، ناهيك عن أن مدمني ألعاب القمار، ليس الربح هدفهم بل الاستمتاع باللعب غير مبالين بالخسائر المادية الفادحة التي تصيبهم ولا الأخطار التي يتعرضون لها، إضافة لمراهناتهم الرعناء بممتلكاتهم وبمصادر عيش أسرهم في بعض الأحيان.

العلاج: تحتاج حالة إدمان المقامرة لعلاج وصبر طويلين، بإشراف طبيب أخصائي نفساني، وربما تفيد محاولات الردع الديني في ذلك.

الفصل الرابع

اضطرابات العين (Eye disorders)

إن حاسة الرؤية أهم حواس الإنسان، فالعينان تخبران أكثر بكثير مما تخبر به أية حاسة أخرى، وذاك القسم من الدماغ المتعلق بالرؤية أكبر بكثير من الأقسام المتعلقة بالحواس الأخرى.

للعين تركيب دقيق وحساس ومعقد ومتشابك، فكل مقلة (Eyeball) هي عبارة عن جسم كروي قطره حوالي (25) ملم يغطيها ثلاث طبقات من النسيج، تدعى الطبقة القاسية منها بالصُلبة (Sclera) وهي الطبقة الخارجية وتشكل بياض العين، ولسطحها المكشوف الذي نراه، عندما ننظر إلى عين شخص ما، في مقدمة العين غطاء شفاف هو الملتحمة (Conjunctiva). وهذه تبطن أيضاً السطح الداخلي للأجفان. وفي مقدمة العين تتصل الصُلبة والملتحمة بالقرنية (Cornea) التي هي تركيب بشكل قبة، وتحت الصلبة توجد المشيمية (Choroid)، وهي طبقة غنية بالأوعية الدموية التي تزود أنسجة العين بالأكسجين والغذاء، وتثخن هذه الطبقة باتجاه مقدمة العين لتشكل الجسم الهدبي (Ciliary body) ومن هذا الجسم تمتد ستارة دائرية من الألياف العضلية هي القزحية (Iris) التي يختلف لونها من شخص لآخر، وهذا يحدد لون العين. وفي منتصف القزحية هناك فتحة هي الحدقة أو بؤبؤ العين (Pupil) تبدو كقرص أسود، ومن هذه الفتحة يدخل الضوء إلى العين. وتسيطر العين على كمية الضوء الداخل إليها بتقلص أو توسُّع الحدقة الذي يتم بواسطة تعديل عضلات القزحية. وخلف القزحية والحدقة مباشرة هناك جسم مرن شفاف هو العدسة البللورية (Crystalline Lens) المتصلة بالجسم الهدبي. وتقوم العضلات بتوسيع أو تضييق العدسة (زيادة سماكة العدسة أو إنقاصها) لكي تتمكن العين من التركيز على الأجسام ورؤيتها بوضوح من أبعاد مختلفة، والفراغ الذي بين القرنية والعدسة مملوء بمادة سائلة تدعى الخلط المائي (Aqueous humor) وخلف العدسة توجد مادة هلامية تدعى الخلط الزجاجي (Vitreous humor) الذي يشكل معظم المقلة. وأما الطبقة الأبعد داخلياً وهي الشبكية (Retina) فتبطن ثلاثة أرباع الجهة الخلفية للمقلة، وتحتوي على طبقة من خلايا عصبية حساسة للضوء تدعى الخلايا المخروطية (The cones) والخلايا العصوية (The rods) (لأن شكلها يشبه العصا). ويمر الضوء من الجسم المنظور عبر الحدقة والعدسة إلى الشبكية بطريقة يشكل فيه صورة مقلوبة لأي جسم ننظر إليه. والخلايا العصوية حساسة جداً للضوء بحيث تمكن من الرؤية في ضوء خافت، وأما الخلايا المخروطية فتكشف عن اللون والتفاصيل الدقيقة. هناك

حوالي 125 مليون خلية عصوية و7 مليون خلية مخروطية في كل عين. تقوم كل هذه الخلايا العصوية والمخروطية بتحويل إحساسات اللون والشكل وشدة الضوء، التي تتلقاها، إلى دفعات عصبية، ثم تنتقل هذه الدفعات على طول الألياف العصبية الشبكية إلى العصب البصري، وهو مجموعة أعصاب تصل مؤخرة الشبكية بالدماغ، فيقوم الدماغ بتفسيرها ويقلب الصور ويستكملها ويكاملها بحيث تصبح صورة واضحة ذات ثلاثة أبعاد.

سندرس في هذا الفصل أربعة مجموعات من اضطرابات العين:

- **المجموعة الأولى**: تتألف من أخطاء الانكسار، كمشاكل الحسر ومد البصر.
- **المجموعة الثانية**: تعالج اضطرابات أقسام العين التي يمكن رؤيتها كالأجفان والأهداب والصلبة والقزحية والعدسة.
- **المجموعة الثالثة**: تعالج نوعين من الزرق.
- **المجموعة الرابعة**: تعالج الاضطرابات التي تؤثر على تراكيب الطبقة الداخلية من العين بما في ذلك الشبكية وإمدادها الدموي.

وندرس أيضاً العضلات والأنسجة الأخرى التي تحيط بالمقلة.

أخيراً نؤكد أن العقاقير المستعملة لمعالجة مشاكل العين يجب أن تكون موصوفة من قبل طبيب مختص. كما نلفت النظر إلى أن العيون قد تتأذى من بعض العقاقير المستعملة لمعالجة اضطرابات عامة، فالستيروئيدات مثلاً يمكن أن تسبب سادات، والمهدئات يمكن أن تسبب الزَرَق عند كبار السن، وغيرها.

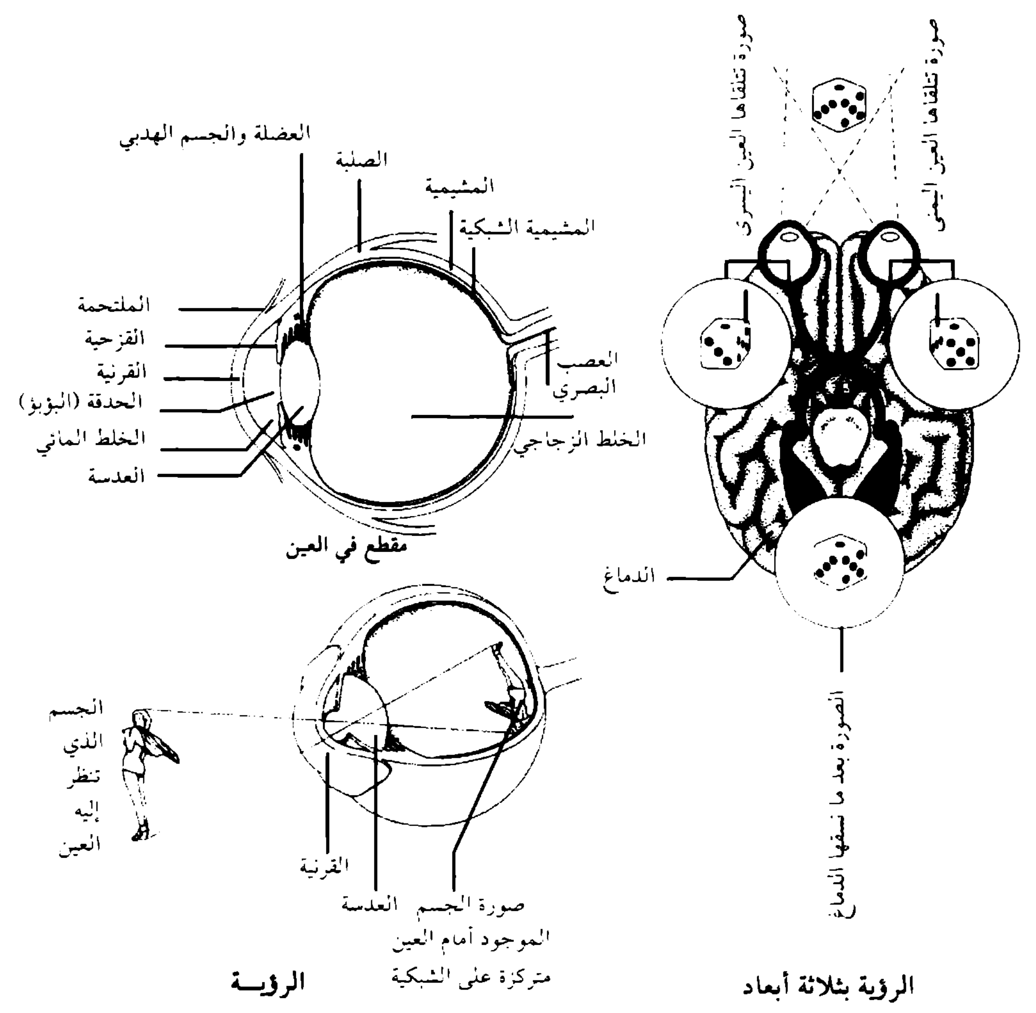
عمى الألوان

عمى الألوان، عبارة دارجة الاستعمال (ولكنها غير دقيقة)، تعبر عن حالة شائعة جداً، وهي عدم إمكانية التمييز بين ألوان معينة، أي عمى ألوان جزئي. أما عمى الألوان بمعناه الحرفي (عمى ألوان كلي)، أو رؤية كل شيء بظلال رمادية، فهو نادر جداً.

جميع الألوان مركبة من مزيج من ثلاثة ألوان ـ الأحمر والأخضر والأزرق ـ موجودة في الأشعة الضوئية التي تدخل العين، وتحوي كل خلية مخروطية موجودة في الشبكية مادة حساسة للضوء تستجيب لأحد هذه الألوان. فإذا كان لديك خلل في رؤية الألوان فذلك يعني أن لديك نقصاً جزئياً أو كاملاً من مادة أو أكثر من هذه المواد الحساسة للضوء في الخلايا المخروطية.

أكثر الأنواع شيوعاً لعمى الألوان هو عدم القدرة على التمييز، في الضوء الخافت، بين اللون الأحمر واللون الأخضر، وأما في الضوء المناسب فإن هذه الألوان ترى بشكل طبيعي. والنوع الثاني لعمى الألوان هو عدم القدرة على التمييز بين هذه الألوان في الضوء المناسب.

عمى الألوان اعتلال غير قابل للعلاج، يصيب الرجال أكثر بكثير مما يصيب النساء، ويكون غالباً وراثياً، ومنذ الولادة، وينتقل إلى الأولاد من خلال أمهم. وفي بعض الحالات النادرة قد يحدث عمى الألوان في مرحلة لاحقة من العمر بسبب مرض ما أصاب العين.



الرؤية بثلاثة أبعاد

عند النظر إلى أي شيء، فإن كل عين تراه بمنظر مختلف عن العين الأخرى. فيقوم الدماغ بتنسيق المنظرين ويشكل صورة واضحة ذات ثلاثة أبعاد.

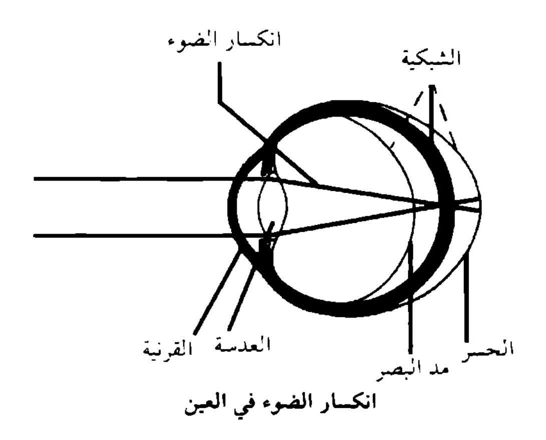
الرؤيـــة

عند النظر إلى جسم ما تسقط صورته من خلال الحدقة على الشبكية بشكل مقلوب لكن الدماغ ينسقها ويجعلها تُرى بشكلها الصحيح.

ـ 1 ـ
أخطاء الانكسار (Errors of refraction)

تعمل القرنية (Cornea) والعدسة (Crystalline lens) كعدسات محدبة لكسر، أو ثني، الأشعة الضوئية الصادرة عن جسم ما، وتركزها على الشبكية بحيث تشكل صورة لهذا الجسم. وهذا يدعى الانكسار. وفي العين الطبيعية تقع النقطة التي يتركز فيها هذا الضوء المنكسر تماماً على الشبكية (Retina). وهذا التركيز هو الذي يضمن رؤية صورة واضحة، إلا أنه في بعض العيون يتركز الضوء إما خلف أو أمام الشبكية بحيث تكون الصورة غير واضحة (مشوشة).

إن أكثر الاعتلالات شيوعاً لانكسار الضوء هي أربعة: الحسر ومد البصر وقُصُوُ البصراللابؤرية وقصر البصر، ويمكن لأي من هذه الاضطرابات أن يوجد في عين واحدة أو في العينين معاً. وفيما يلي سندرسها كلها.



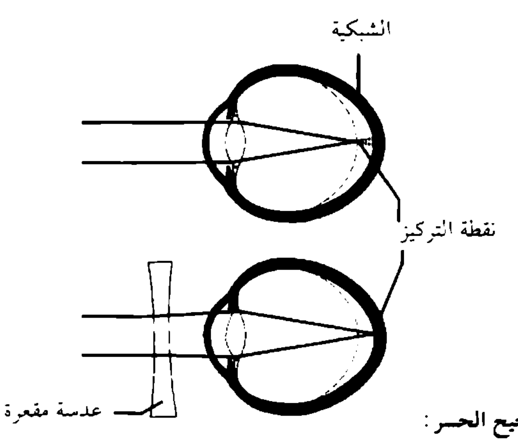
انكسار الضوء في العين

الحسر (Nearsightedness)

في الحسر تكون العين الطبيعية طويلة أكثر من اللازم من الأمام إلى الخلف أو، ليس غالباً، تكون قوة القرنية والعدسة على التركيز كبيرة جداً أكثر من اللازم، وبذلك تكون النتيجة، وفي كلا الحالتين، وقوع صورة الأجسام المنظورة البعيدة، أمام الشبكية وليس عليها، مما يؤدي إلى رؤية صورة زائغة. أما الأجسام القريبة فإنها تُرى بشكل واضح.

إن الحسر حالة شائعة جداً حيث تبلغ نسبة المصابين بها حوالي واحد من خمسة من الناس، ويلاحظ أنه متوارث في العائلة، وبشكل عام، تبدأ المشكلة، عادة، بالظهور في عمر الثانية عشر وتزداد سوءاً عند العشرين.

العلاج: في حالة الحسر لا تستطيع العين أن تعدِّل من طريقة الرؤية، لذلك تبقى الصورة غير واضحة مما يستدعي استعمال نظارات عادية بعدسات مقعرة (نحو الداخل) أو عدسات لاصقة مقعرة ، فتقوم هذه العدسات بنقل صورة الأجسام البعيدة، المتشكلة أمام الشبكية باتجاه الخلف، بحيث تجعلها تقع فوق الشبكية تماماً، وهذه لا تزداد سوءاً بعد الثلاثين من العمر ولكن يجب الاستمرار في مراجعة الطبيب كل سنة أو سنتين للتأكد من سلامة الوضع.



تصحيح الحسر:
في حالة الحسر تركز القرنية وعدسة العين الأشعة الضوئية الواردة من جسم منظور في منطقة تقع قبل الشبكة، وبذلك تكون الصورة مشوشة.
إن استعمال عدسات مقعرة توضع أمام العين تصحح المشكلة لأنها ترجع الصورة إلى الوراء بحيث تقع على الشبكية تماماً.

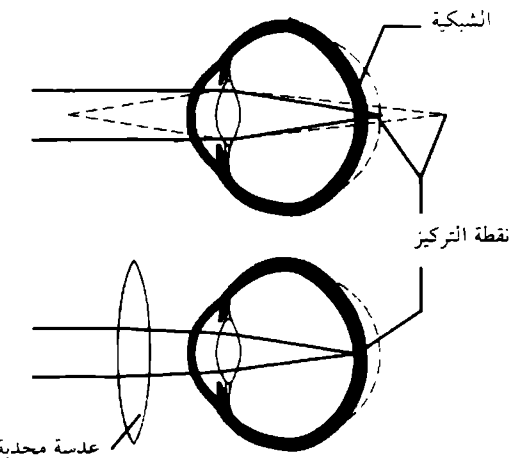
إن الإجراء الجراحي الجديد، الذي يدعى بضع القرنية الشعاعي (بواسطة الأشعة). يمكن أن يصحح الحسر ولكن ربما يكون له مضاعفات كبيرة أحياناً، لذلك لا ينصح بهذه الطريقة بشكل عام للأشخاص الذين يمكن تصحيح بصرهم بواسطة النظارات أو العدسات اللاصقة.

مد البصر (Farsightedness)

في مد البصر تكون العين الطبيعية قصيرة أكثر من اللازم من الأمام إلى الخلف أو أن هناك ضعفاً في قدرة القرنية والعدسة على التركيز مما يؤدي، في كلا الحالتين، إلى تركيز العين لأخيلة الأجسام الواقعة أمامها، خلف الشبكية فتبدو الصور غير واضحة، وإذا لم يكن هذ الخلل كبيراً جداً فإن العين الطبيعية عند الشباب تستطيع أن تتغلب على هذه المشكلة بعمنية التكيف، حيث تتقلص العضلات الهدبية لتزيد من تحدب العدسة قليلاً فتنتقل نقطة التركيز باتجاه الأمام لتجعلها على الشبكية بحيث تعطي صورة واضحة. ويحدث مد البصر، بشكل عام، منذ الولادة، ويتم تشخيصه عادة أثناء سنين الطفولة، ويتواتر أسرياً.

الأعراض: بعض المصابين بمد البصر الخفيف لا يعانون من أية أعراض بينما يعاني البعض الآخر من إجهاد العين (ألم أو عدم راحة في العين) لأنهم يضطرون، وباستمرار. لاستعمال العضلات الهدبية لكي يروا بوضوح. أما المصابون بمد البصر المتوسط أو الشديد فيحصل لديهم إجهاد للعين وتكون الرؤية دائماً غير واضحة.

العلاج: على المصاب بمد البصر استعمال نظارات ذات عدسات محدبة (من الخارج) أو عدسات لاصقة تدعم قوة القرنية والعدسة على التركيز، بحيث تتم الرؤية بوضوح أكثر، وكلما تقدم الإنسان بالعمر ستضعف عضلات عينيه الهدبية ويحتاج إلى نظارات ذات عدسات أقوى كل بضع سنين.



تصحيح مد البصر

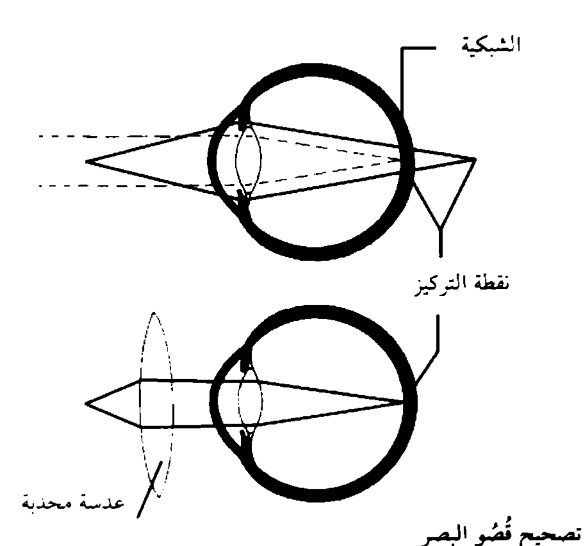
في مد البصر، تبوئر القرنية والعدسة الأشعة الضوئية الواردة من شيء ما خلف الشبكية مما ينتج خيالاً زائفاً (مشوهاً) تقوم العدسة المحدبة الموضوعة أمام العين بتصحيح هذه المشكلة.

قُصُوُّ البصر (القَدَع) (Presbyopia)

في حالة الراحة وفي الحالة الطبيعية تكون العين مُبَأرةً للرؤية البعيدة. ولكنها كي تتمكن من رؤية الأجسام القريبة فإن عضلاتها الهدبية تضغط على العدسة في عملية تدعى بالتكيّف (أو المطابقة) (Accommodation). ومع تقدم العمر تقسو عدسة العين وبالتالي تخف قدرة العضلات الهدبية على تعديل شكلها فتصبح غير قادرة على تشكيل صورة واضحة للأجسام القريبة. وهذا التغيير في مرونة العدسة يدعى قُصُوُّ البصر.

يلاحظ معظم الناس إصابتهم بهذه الحالة عندما يصبحون في منتصف الأربعينات من أعمارهم. فيبدؤون بإبعاد المادة المطبوعة (مثلاً) عن عيونهم ليتمكنوا من قراءتها، وشيئاً فشيئاً تصبح القراءة مستحيلة حتى عن بعد ذراع.

أما بالنسبة للأشخاص الذين يستعملون نظارات، لإصابتهم بالحسر، فإنهم، في هذه المرحلة، يخلعون نظاراتهم ليتمكنوا من قراءة المادة المطبوعة عن بعد عادي.



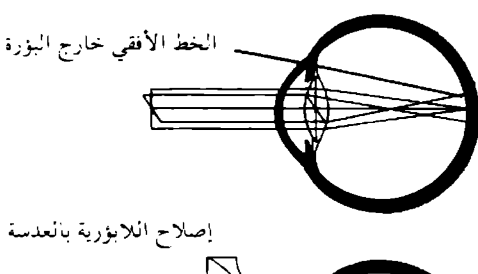
تصحيح قُصُو البصر

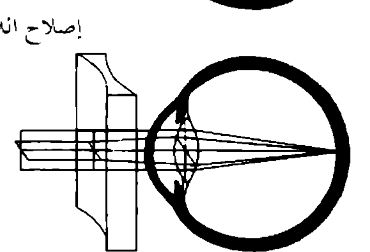
إن تصحيح قُصُوُّ البصر عند الناس الذين كانت أعينهم طبيعية، من قبل، يكون بنفس طريقة تصحيح الحسر حيث يؤدي وضع عدسة محدبة أمام العين ألى تعديل نقطة التركيز (المطابقة).

العلاج: إذا وجدت أن رؤية الأجسام القريبة بدأت تصبح غير واضحة إلا إن أبعدتها عن عينيك فلا بد من استعمال نظارات ذات عدسات محدبة نحو الخارج، أو عدسات لاصقة، وهذا سيمكنك من رؤية الأجسام القريبة بشكل واضح، وشيئاً فشيئاً، ومع مرور السنين، ستحتاج إلى استعمال نظارات ذات عدسات أقوى إلى أن تصبح في الخامسة والستين من العمر عندما تتوقف، فعلياً، قوة التكيف في عينيك.

اللابؤرية (Astigmatism)

اللابؤرية هي رؤية مشوشة (مشوهة) يسببها الانحناء غير السوي للقرنية (Cornea) (يكون سطح تحدب القرنية فيها غير مستوٍ)، وأثناء التركيز تقع الخطوط العمودية وليس الأفقية في البؤرة أو العكس بالعكس، كما يمكن أن تقع الخطوط القطرية خارج البؤرة.





في بعض الأحيان، تكون اللابؤرية مترافقة مع مد البصر (ص 360) أو الحسر (ص 359)، وتوجد عادة، منذ الولادة ولكنها لا تزداد سوءاً مع تقدم العمر.

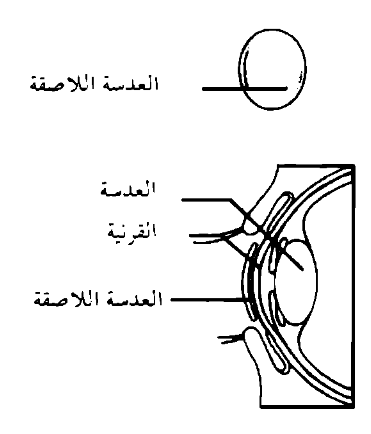
العلاج: يحتاج المصاب باللابؤرية إلى استعمال نظارات أو عدسات لاصقة قاسية (صلبة) ذات انحناء مناسب لحالته لتصحيح عدم استواء القرنية، مما يمكنه من الرؤية بشكل صحيح.

العدسات اللاصقة (Contact lenses)

العدسات اللاصقة هي بديلة عن النظارات، وقد أصبحت كثيرة الاستعمال جداً في السنوات الأخيرة، فكل عدسة لاصقة هي عبارة عن عدسة بلاستيكية دائرية تلتصق على مقدمة العين لتساعد على تصحيح أخطاء الانكسار.

هناك نوعان رئيسيان من العدسات اللاصقة: العدسات الصلبة المصنوعة من البلاستيك القاسي الخشن، وهذا يهيج العين، والعدسات الطرية الأقل تهييجاً للعين، ولكنها تُخدَش وتهترىء بسهولة أكثر.

تتطور تقنية العدسات اللاصقة باستمرار، وقد شملت التطورات الحديثة صناعة عدسات يمكن للهواء أن يتخللها مما يسمح بتنفس العين، وصناعة عدسات مختلفة القساوة، وشملت أيضاً تحسينات في مدة استعمالها. ولكن، رغم كل هذه التجديدات والتعديلات، تبقى القاعدة العامة بأن العينين تحتاجان لبعض الراحة، يومياً، من أي نوع من العدسات اللاصقة.

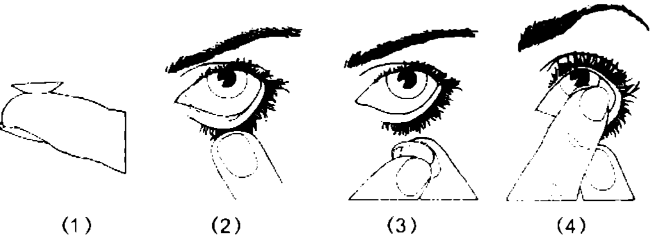


كيف تحصل على العدسات: تذهب إلى طبيب عيون لإجراء فحص عيني شامل. والطبيب سيتأكد إن كانت عيناك مناسبتين للعدسات اللاصقة (إذا كنت مصاباً بحمى الكلأ (Hay fever) على سبيل المثال، لن تستطيع وضع عدسات)، وفيما إذا كانت عيناك مناسبتين لعدسات قاسية أم طرية، وبعدما تبدأ باستعمال هذه العدسات يجب أن تفحص عينيك مرة كل عام.

إدخال العدسات اللاصقة إلى العين: بأيدي مغسولة ونظيفة، قم بشطف العدسات اللاصقة بشكل كامل عندما تخرجها من محلولها المخزونة فيه.

زيّت العدسة بالسائل الخاص وضعها على رأس سبّابتك (إصبع السبابة) بشكل يكون فيه جانب التجويف متجهاً نحو الأعلى(1).

- باعد بين أجفانك جيداً بأصابع يدك الأخرى (2).
- أنظر إلى الأمام مباشرة، أو إلى العدسة الموضوعة على سبابتك (1) بينما تقربها من عينك (3).
- ضع العدسة برفق على مركز عينك (4).
- أنظر باتجاه الأسفل واترك الأجفان.



توضع العدسات اللاصقة مباشرة على القرنية وتعمل نفس عمل النظارات.

- 1 -

الجفنان ومقدمة العين (Eyelids and the front of the eye)

يشكل الجزء الذي نراه من العين حوالي عشر سطح كامل المقلة، ويعمل الجفنان كغطاء واقٍ لهذا الجزء، وتقوم العضلات الموجودة في الجفنين بفتحهما وإغلاقهما وتعمل مع النسيج الليفي الموجود فيهما على إبقائهما مشدودين فوق المقلة، ويقوم بتزليق حواف الجفنين وأهدابها صف من الغدد الصغيرة تدعى غدد ميبوميان (Meibomian) الموجودة على كامل حافة كل جفن.



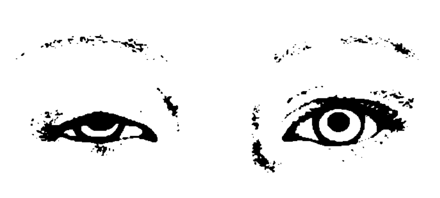
يبطن السطح المكشوف من العين (ما عدا القرنية التي تغطي الحدقة والقزحية) والسطح الداخلي من كل جفن غشاء مخاطي شفاف حساس يدعى الملتحمة، ويغطي هذان السطحان أيضاً طبقة

رقيقة من سائل مائي يدعى الدموع، تفرزه باستمرار الغدد الدمعية الموجودة فوق كل مقلة. وبالإضافة إلى استعمال الدموع في التعبير عن العواطف فإن لها وظيفتين رئيسيتين هما: تزليق العين بحيث يستطيع الجفن أن يتحرك فوقها بنعومة عندما ترمش، وطرح الأجسام الغريبة خارجاً بغسل العين. تسير الدموع من كل عين عبر قناتين اثنتين تدعيان قناتي الدمع. وتقع فتحة القناة (وهي ثقب صغير) في الحافة الداخلية لكل جفن، حيث يمر الدمع منها ويصل إلى كيس الدمع الموجود على جانب الأنف، ومن هناك يمر إلى الأنف عبر القناة الدمعية الأنفية حيث يساعد في الحفاظ على النسج الأنفية رطبة.

ارتخاء الجفن العلوي (الإطْراق) (Ptosis)

هو تدلي أو ارتخاء الجفن العلوي بشكل دائم بحيث يغطي العين كلياً أو جزئياً، ويحدث ذلك بسبب ضعف العضلة التي ترفع الجفن.

فإذا كان التدلي موجوداً منذ الولادة فإنه يؤثر عادة على عين واحدة فقط ولا يزداد سوءاً مع تقدم العمر، ويكون متوارثاً في العائلة، لكنه يمكن أن يحدث أيضاً في أي عمر إذا أصيب العصب الذي يتحكم بعضلة الجفن بأذى، أو إذا تضررت العضلة ذاتها. يمكن أن تتأذى العضلة من أي حادث أو من بعض الأمراض كداء السكري (ص 671) أو ورم دماغي (ص 309) وفي هذه الحالة يرافق التدلي حدوث رؤية مزدوجة. كما يمكن أن ينجم ضعف العضلات، عن الحثل العضلي (ص 925) أو الوهن العضلي الوبيل (ص 706)، كما تحدث حالة التدلي عند كبار السن حيث يسبب كبر السن ضعفاً في عضلات الأجفان العليا.

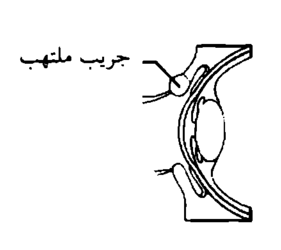


إذا بدأ جفنك الأعلى بالارتخاء بعدما كان طبيعياً من قبل وبدأ يغطي العين بشكل جزئي فراجع طبيبك حيث ربما يكون ذلك عرضاً لاضطراب عضلي كالوهن العضلي الوبيل.

قد يصيب التدلي عيناً واحدة أو العينين معاً، وتختلف شدته أثناء النهار، ويسبب في حالاته المتوسطة منظراً غير محبب وفي حالاته الشديدة يحجب الرؤية تماماً عن العين المصابة. وفي مثل هذه الحالة إذا كان سبب الإصابة مرضاً مستبطناً فإن علاج هذا المرض سيحسن الإصابة، أما في الحالات الأخرى فيكون العلاج إما بإجراء عملية لتقوية العضلة الضعيفة أو بإبقاء الجفن مفتوحاً بواسطة داعم يتم تركيبه على النظارات.

الشَّعيرة (الجُنْجُد، دمل الجفن) (Sty)

قد يصاب واحد من جريبات الأهداب بالالتهاب فتظهر حبة حمراء منتفخة على حافة الجفن حول قاعدة الهدب الملتهب ثم يتكون القيح مشكلاً ما يسمى الشعيرة، التي تكون مؤلمة



دمل الجفن

جداً، وخاصة عند لمسها، وبعد عدة أيام تنفجر الدملة ويخف الألم، وينتج عن ذلك فقدان الأهداب في منطقة الشعيرة، وبعد حوالي سبعة أيام من بدء الإصابة يعود الجفن إلى حالته الطبيعية. ومن الملاحظ أن شعيرة الجفن تعود للظهور غالباً خلال فترة قصيرة، وربما يظهر العديد منها على الجفن في نفس الوقت أحياناً، وفي كلا الحالتين يكون سبب عودة ظهورها هو انتشار الجراثيم التي سببت أول شعيرة فأصابت جريبات الأهداب الأخرى بالعدوى.

العلاج: يمكن تخفيف الألم بالقيام بتفجير الشعيرة ويتم ذلك كما يلي:

حالما يظهر الالتهاب توضع كمادات دافئة ورطبة على المنطقة المصابة، ويكرر ذلك عدة مرات، مما يسرع في تشكل القيح وسحبه إلى رأس الدملة، وفي هذه المرحلة لا تُعصر الشعيرة بل تنزع الشعرة المصابة فقط، وبذلك سوف يخرج القيح ويسيل إلى الخارج تلقائياً. وإذا تكرر ظهور الشعيرة مرات عديدة يراجع الطبيب.

كتل الأجفان (The eyelid lumps)

إن أكثر أنواع الكتل شيوعاً على الأجفان هي الشعيرات (دمامل الجفن) (Styes) والبَرَدَات (Chalazions) والحُليمومات (الأورام الحليمية) (Papillomas) واللويحة الصفراء (Xanthelasma).

البَرَدَة: هي انتفاخ غير مؤلم يصيب حافة الجفن، سببه انتفاخ إحدى غدد ميبوميان (Meibomian)، التي تقوم بتزليق حافة الجفن، والصغير الحجم منها يزول تلقائياً خلال شهر أو شهرين، وبالإمكان التخلص من البَرَدَة بدلك الجفن برفق باتجاه الهامش مما يساعد على تمرير السائل المتجمع في الغدة. أما الكبير الحجم منها الذي قد ينمو ليصبح بحجم حبة الحمص الصغيرة فهذا لا يختفي تلقائياً بل يحتاج لمعالجة جراحية وذلك بشقه وإخراج محتوياته، وهذه عملية ليست معقدة بل يمكن إجراؤها في عيادة الطبيب وتحت التخدير الموضعي. وإذا أصيبت البردة بالخمج فإن حجمها يزداد وتحمر وتصبح مؤلمةً. في هذه الحالة يجب مراجعة الطبيب حيث يقوم بإجراء شق في الجفن ليسمح للقيح بالخروج.

الحُليموم: هو تنشؤ جلدي خارجي غير ضار، يتراوح لونه ما بين الزهر والأسود ويظهر على أي مكان من الجفن أو على حافته، وربما يزداد حجمه ببطء شديد، فإذا كان ذا منظر غير محبب فمن الممكن استئصاله جراحياً تحت التخدير الموضعي، كما يمكن تركه دون استئصال.

اللويحة الصفراء: هي بقع صفراء من مادة دهنية تتجمع، دون سبب معروف، تحت

الجلد الخارجي للجفن خاصة قرب الأنف. فإذا كان منظرها غير محبب فيمكن إزالتها من قبل الطبيب ولكنها عادة تعاود الظهور ثانية، كما يمكن تركها كما هي.

الشتر الداخلي (The entropion)

في هذه الحالة تنطوي حافة أحد الجفنين، وغالباً الجفن السفلي، إلى الداخل فتحتك الأهداب مع سطح كرة العين (الملتحمة والقرنية). ويؤدي هذا الاحتكاك المستمر إلى تخريش الملتحمة وربما يسبب التهابها (ص369)، و/أو يسبب تقرحات القرنية (ص 368)، وإذا استمر هذا الشتر فترة من الزمن فإنه يسبب تضرراً في القرنية ومشاكلاً في الرؤية.

جفن مشتور داخلياً

تصيب الحالة عادة الأشخاص المسنين، وكلما تقدم الشخص بالعمر أصبح النسيج الليفي المتوضع على الجفن السفلي ليناً مما يسمح للعضلة على حافة الجفن بالتقلص بشدة وهذا التقلص الشديد هو الذي يسحب حافة الجفن إلى داخل العين.

تصاب العين بالشتر الداخلي من أسباب مختلفة ترجع جميعها إلى التخريش المستمر في العين كما يحدث في التهاب الملتحمة والذي يُحدث تندب الأجفان بشكل شديد.

العلاج: يمكن إعادة الجفن إلى الخارج بوضع شريط لاصق، طرفه الأول على الجلد تحت الأهداب السفلية ويشد الطرف الآخر إلى الوجنة، ثم ينزع بعد عدة أيام فإذا بقي الأمر على حاله يراجع الطبيب الذي يقترح عادة إجراء عملية جراحية للجفن لتصحيح المشكلة.

الشتر الخارجي (The ectropion)

في حالة الشتر الخارجي يتدلى الجفن السفلي بحيث يصبح النصف السفلي من المقلة وبطانة الجفن الأسفل مكشوفين وجافين مما يسبب تقرحهما. ومن الممكن أن يحول ذلك دون دخول الدمع إلى قناة الدمع الموجودة في الجفن السفلي، بعد أن كان يدخلها بشكل طبيعي، فيسيل على الخد.

جفن مشتور خارجياً

المضاعفات: يحدث الشتر الخارجي، عادة، عند كبار السن، لأن عضلة الجفن السفلي، التي تحافظ على إبقائه مشدوداً مقابل المقلة، تصبح ضعيفة. ويمكن أن تحصل هذه الحالة، أيضاً، في أي عمر بسبب ندبة على الخد، أو على الجفن الأسفل، تقلصت وسحبته نحو الأسفل، وإذا تركت هذه الحالة دون علاج فإنها تؤدي إلى تقرح القرنية في القسم المكشوف منها وتؤذيها بشكل دائم.

العلاج: نادراً ما تشفى هذه الحالة من تلقاء نفسها، وعادة يتم إصلاحها بعملية جراحية بسيطة.

التهاب الجفن (Blepharitis)

المقصود بالتهاب الجفن هو التهاب حواف الجفن، الذي يسبب احمراراً وتقشراً دائماً لجلد المنطقة، مما يعطي مظهراً غير محبب على وحول حوافهما. هذا الالتهاب هو عادة أحد أشكال الأكزيما الدهنية (ص 871)، ويرافقه في بعض الأحيان شكل آخر من الأكزيما هو الهِبرِيَة (القشرة ص 279). وفي بعض هذه الحالات تحدث الجراثيم خمجاً في المنطقة وتجعلها أسوأ حالاً.

في الحالات الشديدة، تظهر قرحات صغيرة على حواف الجفن قد تؤدي إلى سقوط الأهداب وغالباً ما تدخل رقاقات من جلد حافة الجفن إلى العين وتسبب التهاب الملتحمة.

العلاج: تعالج الحالة بإزالة رقاقات الجلد المتوسفة، صباحاً ومساءً، بماء مملح وفاتر أو بمحلول فاتر من بيكربونات الصوديوم. فإذا لم تتحسن خلال أسبوعين يراجع الطبيب، وهو ربما يصف مرهماً تدلك به حواف الجفنين بعد غسلهما. لكن التهاب الجفن غالباً ما يعاود، ويحتاج إلى معالجة متكررة.

جفاف العين (Dry eye)

تعود هذه الحالة إلى نقص إفراز الدمع من الغدد الدمعية فيصبح بياض العين محمراً ومنتفخاً ويشعر المصاب أن عينه ساخنة ومرملة (تشعر وكأنّ بها رملاً). وتتأثر كلتا العينين عادة. يحدث جفاف العين غالباً عند الأشخاص المصابين بالتهاب المفاصل الرثياني (ص 720)، كما تحدث الحالة أحياناً بسبب الأرجية تجاه مرهم أو قطرة العين المستعملة لحالات أخرى، ولكن في معظم الحالات تكون مجهولة السبب.

تعتبر الحالة شائعة بين ذوي الأعمار المتوسطة، وتصيب النساء أكثر من الرجال، وليس هناك خطورة على الرؤية لكن ربما يحدث جفاف في الحلق أيضاً، وجفاف في المفاصل، وقلة العصارة الهاضمة في المعدة.

لتخفيف الانزعاج يصف الطبيب قطرات دمع مصنَّعة تزود العين بها كلما احتاج الأمر، وربما يتطلب الأمر استعمال تلك القطرات مدى الحياة.

العين الدامعة (Watering eye)

يمكن أن تدمع العين باستمرار بسبب نموّ الأهداب للداخل، وهذا ما يسمى الشتر الداخلي (راجع ص 366)، أو بسبب انسداد مسال الدمع، أو قناة الأنف الدمعية التي تصرف

الدمع من العين إلى الأنف، ويحصل الانسداد أحياناً نتيجة جراحة في العظم على جانب الأنف، وأحياناً أخرى بسبب التهاب الجيوب المزمن (ص 411). لكن غالباً يكون السبب غير معروف. وأحياناً يسيل الدمع من عين واحدة فقط.

يمكن أن يؤدي انسداد قناة الدمع إلى خمج كيس الدمع، وهذا يسبب احمراراً وانتفاخاً في الجلد قرب الأنف، ويلاحظ عند بعض المولودين حديثاً عدم انفتاح قناة الدمع بعد الولادة مما يسبب تدفق الدمع خارج العين. يعد دمع العين الذي يسببه الانسداد حالة غير شائعة، وتظهر غالباً عند ذوي الأعمار المتوسطة والمسنين.

العلاج: إذا استمرت العين تدمع، يراجع الطبيب، فإذا كان انسداد القناة أو الكيس في مراحله المتقدمة، فيمكن إجراء عملية جراحية، بعمل قناة اصطناعية تؤدي إلى فتح الانسداد، وإذا أصيب كيس الدمع بالخمج تجب معالجته بالمضادات الحيوية (حبوب، أو قطرة عين) لتخفيف الإصابة قبل محاولة إجراء أي علاج آخر. أما إذا كان المصاب رضيعاً وانسدت قناة أو كيس الدمع عنده، وكانت الحالة في مراحلها المبكرة، يمكن معالجتها بإدخال مسبار أو بغسل العين بعد تهدئة الطفل أو تخديره تخديراً عاماً.

قرحات وأخماج القرنية (Corneal ulcers and infections)

القرنية هي الجزء الشفاف من الغطاء الخارجي للمقلة الواقع في مقدمتها، وبسبب موقعها هذا فإنها الجزء من المقلة الأكثر تعرضاً للأذى والخمج، فإذا أصيبت بقرحة فإنه يتبع ذلك إصابة بالخمج والعكس صحيح. فإذا تشكلت القرحة أولاً، وهذا الأكثر شيوعاً، فإنها تكون نتيجة خدش حدث في القرنية بسبب تأذيها من جسم غريب، وبعدها مباشرة تصل الجراثيم أو الڤيروسات أو الفطور إليها فتخمجها، وغالباً تكون الڤيروسات هي المسببة لهذا الخمج، عادة الڤيروس الذي يسبب الإصابة بالحلأ البسيط حول الفم (ص 563)، لذلك إذا أصبت بهذه الحالة فلا تضع أصابعك على عينيك أبداً بعد أن تلمس فمك.

الأعراض: يحدث انزعاج أو ألم في العين وتضعف حدة الرؤية إلى درجة تتناسب مع حجم القرحة، ويحمر القسم الأبيض من العين. وفي حالة الأخماج، غير تلك التي يسببها فيروس الحلأ البسيط إن نظرت بإمعان إلى عينيك في المرآة ترى القرحة على شكل بقعة ذات لون مائل إلى البياض. أما الأخماج الناتجة عن ڤيروس الحلأ البسيط فإنها تؤدي إلى ما يدعى قرحة تغصنية (Dendritic ulcer) التي لها شكل الغصن ولكنها غير مرئية للعين المجردة، وتكون الأعراض أكثر وضوحاً في أخماج الجراثيم مما هي عليه في أخماج الفطور أو الڤيروسات.

المضاعفات: أغلب المصابين بقرحات القرنية هم الأشخاص الذين يعملون بأعمال تكون فيها أعينهم معرضة لرذاذ أجسام متطايرة (شظايا صغيرة)، فإذا لم يتم معالجة القرحة على الفور فإنها تؤدي إلى تشكل ندبة على القرنية مما يسبب أحياناً حدوث ضعف في الرؤية، أو

ربما تسبب ثقب القرنية وألماً وفقدان الرؤية، وبالتالي تسمح بدخول الخمج إلى المقلة مما يسبب فقدان البصر الدائم.

العلاج: بسبب المضاعفات الخطيرة التي تحدثها قرحة القرنية فإنه يجب مراجعة الطبيب فوراً بمجرد الشك بوجود قرحة أو خمج في العين.

تعالج قرحات القرنية الناتجة عن الأذيات وما يتلوها من أخماج جرثومية بالمضادات الحيوية من قطرات ومراهم وحبوب وحقن. وتعالج الأخماج الڤيروسية والقرحات التي تسببها بقطرات ومراهم أخرى، مع العلم أن القرحة التغصنية قابلة للمعاودة. أما القرحات الناتجة عن خمج بالفطور فهي الأصعب في المعالجة.

إذا سببت الندبات الناتجة عن التقرح انخفاضاً كبيراً في مستوى الرؤية فربما يتطلب الأمر إجراء عملية تطعيم القرنية، وإذا أدت القرحة إلى ثقب القرنية فمن الواجب إجراء عملية جراحية فورية لرأب (إغلاق) الثقب الحاصل.

التهاب الملتحمة (Conjunctivitis)

هو التهاب في الغشاء الشفاف الذي يغطي بياض العين والغشاء الشفاف الذي يبطن الأجفان امتداداً إلى حافة القرنية، يمكن أن يكون سبب هذا الاضطراب مرضاً أو أَرَجِيَة ما (Allergy)، أو عدم انفتاح مصرف قناة الدمع بشكل كامل عند الأطفال بعد أسبوع من الولادة.

تحدث الإصابة عادة بسبب التماس المباشر مع العين بواسطة الأصابع الملوثة، والمناشف أو مناديل اليدين الملوثة وغيرها، ويصاب بها الأطفال المولودون حديثاً (بعد حوالي ثلاثة أيام من الولادة) بسبب تلوث أعينهم بالجراثيم الممرضة الموجودة في مهبل أمهاتهم، وهي حالة يمكن أن تكون خطرة على الطفل (إذا لم تعالج فوراً).

يتحول بياض العين، في جميع حالات التهاب الملتحمة، إلى أحمر ومرمل، ثم يتدفق قيح أصفر في العين ويشكل قشرة أثناء الليل، يمكن ملاحظتها في الصباح، تكون متماسكة فوق الأهداب، وتظهر الإصابة في كلتا العينين وتحدث سيلاناً ملحوظاً عندما تكون الإصابة بسبب الجراثيم، بينما تنحصر الإصابة التي تسببها الڤيروسات في عين واحدة وتسبب سيلاناً طفيفاً فقط.

أما التهاب الملتحمة الأَرَجِي (Allergic conjunctivitis)، فغالباً يكون سببه الأَرَجِيَة من غبار الطلع أو المستحضرات التجميلية وبعض المواد الأخرى، وتكون العين، في هذه الحالة، حمراء بشكل مستمر مع حكة في بياضها بدون أي سيلان قيحي. والنوع الذي يظهر عند الأطفال واليافعين، والأكثر قسوة في فصل غبار الطلع، هو حمى غبار الطلع (راجع التهاب الأنف الأرجي ص 409)، وفي حالات نادرة قد يحدث، أيضاً انتفاخ مفاجىء في الملتحمة، عادة، خلال فصل غبار الطلع، ثم يختفي بعد بضعة ساعات.

يعد التهاب الملتحمة مرضاً شائعاً ومزعجاً، وغير خطير، فيما عدا بعض الحالات النادرة من التهاب أعين المولودين حديثاً.

العلاج: إذا تبين للطبيب أن التهاب الملتحمة من النوع المعدي فعلى المصاب أن يحاول منع انتقال العدوى إلى من هم حوله، ولذلك تغسل اليدين بعد لمس العين، وتستعمل مناشف خاصة. إن وجد الطبيب أنَّ سبب التهاب الملتحمة ناتج عن جراثيم ممرضة فإنه سيصف قطرة أو مرهماً من نوع المضادات الحيوية، وسينصح باستعماله بعد غسل العينين بالماء الدافىء، وبعد أسبوع أو أسبوعين يتم الشفاء، أما إن كانت الإصابة ناتجة عن الڤيروسات فإنها ستشفى من تلقاء نفسها خلال أسبوع، وفي حالة المولودين حديثاً، يكون العلاج باستعمال قطرة من نوع المضادات الحيوية. وبالنسبة للالتهاب الناتج عن الأرَجِيَة فمن المفروض أن يعرف أولاً العامل المؤرِّج ويتم الابتعاد عنه، وبشكل عام لا يُنصح باستعمال أي دواء إلاَّ ما يصفه الطبيب.

نزف تحت الملتحمة (Subconjunctival hemorrhage)

النزف تحت الملتحمة هو عبارة عن بقعة حمراء تظهر على بياض العين بسبب تسرب الدم من وعاء دموي صغير، وهي حالة شائعة جداً وغير مؤذية.

ربما يظهر نزف واحد، أو أكثر أحياناً، نتيجة أذية ثانوية للعين، أو بعد نوبة سعال أو عطاس أو جهد أو أي نشاط آخر يرفع ضغط الدم في أوردة الرأس والعنق. وعادة يزول النزف وتشفى الحالة تلقائياً بعد يومين أو ثلاثة.

إن النزوف البسيطة التي تحدث تحت الملتحمة تكون غير مؤلمة ولا داعٍ للخوف منها، ولكن إذا كنت غير متأكد من سبب حدوث البقعة الحمراء على بياض العين أو كانت هذه البقعة مؤلمة فيجب أن تراجع طبيبك لتحديد التشخيص.

التهاب الصُلبة (Scleritis)

تصاب أحياناً الصلبة بالتهاب ما، (والصُلبة، كما أسلفنا، هي الجزء من العين الذي نراه بلون أبيض)، ولكن من الملاحظ أن هذا الالتهاب يترافق عادة بالتهاب المفاصل الرثياني (ص720) أو ببعض اضطرابات جهاز الهضم مثل داء كرون (ص 598). وربما يصيب هذا الالتهاب عين واحدة أو العينين معاً.

الأعراض: يحدث ألم خفيف في العين مع وجود باحة واحدة أو أكثر محمرة جداً على بياض العين. ومن الممكن أن يحدث الالتهاب خلف العين، وفي هذه الحالة ربما يحصل فقدان رؤية جزئي.

التهاب الصلبة هو حالة نادرة تصيب خاصة، الأشخاص بين الثلاثين والستين من العمر،

وإذا لم يعالج فوراً فهناك خطر انثقاب النسيج في المكان الذي تلتهب فيه الصُلبة، لذلك من الضروري مراجعة الطبيب على الفور عند أي شك بوجود الالتهاب.

العلاج: في الحالات الخفيفة والمتوسطة، يمكن معالجة الالتهاب، عادة، بإعطاء مضادات الالتهاب كالستيروئيدات (Steroids) إما بشكل حبوب أو بشكل قطرة للعين. وفي الحالات الشديدة توصف العقاقير الكابتة للمناعة (Immunosuppressive).

أما إذا انثقبت الصُلبة أو انفتحت فلا بد من إجراء عمل جراحي لإصلاح العطب.

التهاب القزحية (Iritis)

هو التهاب في قزحية العين (الجزء الملون من العين)، وأحياناً التهاب الجسم الهدبي أيضاً، الذي يقع خلف القزحية، وهو مرض مجهول السبب، قد يصيب عيناً واحدة أو العينين معاً. في هذا الاضطراب تطفو الكريات البيضاء الآتية من المنطقة الملتهبة مع البروتين الكثيف الذي يتسرب من الأوعية الدموية العينية الصغيرة ضمن الخلط المائي (السائل الذي يقع بين القزحية والقرنية)، فإذا كانت الخلايا الطافية كثيرة فربما تلتصق بالقرنية من الخلف أو ربما تستقر أسفل الخلط المائي.

الأعراض: يشعر المصاب بألم أو انزعاج في العين يرافقه انخفاض طفيف في الرؤية واحمرار واضح، لكن هذه الأعراض تكون معتدلة الشدة، أما التصاق الخلايا الطافية بالقرنية من الخلف فيمكن مشاهدته بوضوح عند النظر في المرآة.

المضاعفات: التهاب القزحية اضطرابٌ نادرٌ نوعاً ما، وهو أكثر شيوعاً عند اليافعين بشكل عام، ولا يعتبر خطراً إذا عولج في وقت مبكر. أما إذا أهمل، وخاصة عندما تكون الأعراض معتدلة الشدة، فيمكن أن يؤدي إلى مضاعفات سيئة، كانسداد الفوهة التي يتدفق منها الخلط المائي إلى خارج العين وذلك بسبب تراكم الكريات البيضاء، وهذا قد يسبب الإصابة بالزرق الحاد (ص 374). وربما يلتصق ظهر القزحية الملتهبة بمقدمة العدسة ويحجز الخلط المائي وراء القزحية مما يفضي إلى حدوث الزرق الحاد أيضاً. وإن التهاب القزحية الطويل الأمد (المزمن) يمكن أن يفضي أيضاً إلى الإصابة بمرض الساد (البحث التالي).

العلاج: توصف قطرة العين أو المرهم عادة لتخفيف الالتهاب. وفي الحالات الشديدة ربما يحقن دواء ستيروئيدي في الطبقة الخارجية للعين، بين الملتحمة وبياض العين، بعد استعمال المخدر الموضعي، وربما تستعمل قطرة عين لمنع التصاق ظهر القزحية بمقدمة العدسة.

إنَّ أي ارتفاع في ضغط العين يهدد أنسجتها الحساسة مع العلم أنه يمكن السيطرة على سير المرض باستعمال الأدوية المناسبة، لدرجة أن نقص الرؤية الطفيف يتراجع نحو الشفاء وتعود العين إلى سابق عهدها، ورغم ذلك، وحتى إذا عولجت الإصابة باكراً وتمَّ الشفاء منها تماماً، فمن الممكن أن تعود للحدوث مرة أخرى.

السّاد (Cataracts)

الساد (الماء الأزرق كما يسميه البعض) هي باحة معتمة تظهر في عدسة العين، التي تكون صافية في الحالة الطبيعية، وعلى مر السنين تحجب هذه الباحة أو تحرف الضوء الداخل للعين، فتضعف الرؤية تدريجياً. وتكون الإصابة غالباً في كلتا العينين وأحياناً في عين واحدة فقط، أو تكون شديدة في عين وخفيفة في العين الأخرى.

السبب الأشيع لحدوث السّاد هو تلف عدسة العين بسبب تقدم العمر، والأسباب الأخرى تتضمن التهاب القزحية (البحث السابق)، أو أذية في المقلة (وفي هذه الحالة يظهر الساد فقط في العين المتأذية)، والإصابة بالداء السكري. وأحياناً، ربما تظهر الحالة منذ الولادة أو تحدث بعدها مباشرة، ويميل الساد للتواتر ضمن الأسر.

الأعراض: العرض الرئيسي هو ضعف الرؤية في العين المصابة، أو تصبح الرؤية ضبابية، أو قد تسوء في ضوء الشمس الساطع. وفي الحالات المتقدمة للمرض، تصبح عدسة العين بيضاء ظليلة ومرئية تماماً عبر البؤبؤ، وفي الحالات الشديدة يحدث التهاب مؤلم وضغط داخل العين.

المضاعفات: السّاد شائع نوعاً ما، واحتمال الإصابة به أكبر كلما تقدم الإنسان بالعمر، وهي إصابة تؤدي إلى ضعف واضطراب في الرؤية، لكن يمكن أن يعالج في أي وقت، بإجراء عملية جراحية.

العلاج: إن انخفضت الرؤية عند أي إنسان وأصبحت منحرفة، عليه استشارة طبيب العيون. فإن كان الإنخفاض بسيطاً فلا حاجة لإجراء أي علاج، وقد ينصح الطبيب باستعمال نظارات طبية. أما إذا كانت الإصابة متقدمة فإن العلاج الوحيد هو إجراء عملية جراحية لإزالة العدسة المصابة. وهذه هي العملية الأكثر شيوعاً بين العمليات التي تجرى للعين، ويعتبر نزع عدسة العين إجراءً أساسياً إذا كان السّاد يسبب التهاباً وضغطاً على العين. ونزع عدسة العين ضروري أيضاً للطفل، أو لليافع، الذي قلّت عنده نسبة الرؤية كثيراً بسبب السّاد. .

يُعطى بنج موضعي أو عام لإجراء العملية، وتنزع، عادة، كل عدسة العين، ولكن في بعض الحالات تنزع فقط المادة التي تكونت داخل العدسة وسببت السّاد، وذلك باستعمال إبرة دقيقة، وتترك المحفظة الشفافة للعدسة في مكانها. وبنزع العدسة من العين، فإنها (العين) تصاب بمد البصر (ص 360) وهذا لا بد من تصحيحه بوضع عدسات لاصقة أو نظارات طبية. أو ربما يقوم الطبيب الجراح بغرس عدسة بلاستيكية، أثناء إجراء العملية، مكان العدسة الطبيعية المزالة. ونذكر هنا أن هذا العمل الجراحي قد يؤدي إلى بعض المضاعفات، فعلى سبيل المثال إن تضررت القرنية فإنها تصبح معتمة تدريجياً مما يسبب العمى الدائم في العين المتأذية، خاصة أنه يصعب، في مثل هذه الحالات، أن تجرى عملية غرس قرنية. وغرس

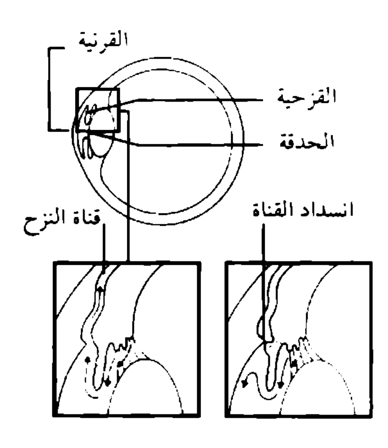
العدسة يعتبر إجراءً أساسياً عند الأشخاص المسنين. أما إذا لم تعد الرؤية طبيعية، بعد تصحيح مد البصر، فهذا يرجع إلى عيب في الشبكية الواقعة في مؤخرة العين، التي باتت مظلمة قبل العملية بسبب عتمة عدسة العين (راجع التنكس البقعي ص 378).

ـ 3 ـ

الزَرَق (Glaucoma)

الزَرَقُ هو واحد من اضطرابات العين الأكثر مشاهدة عند من تجاوزوا الستين من العمر، فإذا لم تعالج الحالة بشكل حاسم فإنها تقود في النهاية إلى العمى التام.

يفرز الجسم الهدبي (Ciliary body) في العين، بشكل دائم، سائلاً يدعى الخلط المائي (Aqueous humor) الذي يجول من خلف القزحية مروراً بالحدقة (Pupil) نحو الحجرة الواقعة بين القزحية (Iris) والقرنية (Cornea)، وينزح في الحالة الطبيعية من العين عبر شبكة نسيجية تقع بين القزحية والقرنية تُدعى زاوية النزح (Drainage angle)، ومن هذه الزاوية يتدفق إلى قناة تصب في شبكة من وُرَيْدات تقع على السطح الخارجي للعين. لكن في بعض الأعين لا تعمل زاوية النزح بالشكل الملائم، ونتيجة لذلك فإن الخلط المائي إما أن ينزح بشكل أبطأ مما يُفْرَزَ منه أو لا ينزح إطلاقاً، فيرتفع الضغط داخل العين وينتقل جزء من هذا الضغط الزائد عبر العدسة إلى الخلط الزجاجي (Vitreous humor)، وهو سائل شبيه بالهلام يملأ العين فيما وراء العدسة البلورية (Crystalline lens)، وهذا بدوره يضغط على الشبكية فيسبب انخماص الأوعية الدموية الصغيرة المغذية للخلايا الحساسة للضوء في الشبكية وألياف العصب البصري، وكلاهما (الألياف والخلايا) له دور حيوي في الإبصار. وينتج عن هذا الضغط والانخماص نقص في كمية الدم الواردة إلى تلك الخلايا والألياف، أي يحدث نقص في مقدار التغذية الضرورية والأكسجين الواردين لتلك الخلايا والألياف فيأخذان بالتموت ويبدأ البصر بالخفوت.



في الأحوال الطبيعية يجول السائل باستمرار عبر الحدقة ما بين القزحية والقرنية، ويتم نزحه عبر القناة إلى الأوردة. يحدث في الساد إحصار لمدخل قناة النزح مما يؤدي لتراكم السائل.

يمكن أن يتباين سبب ومدى ونمط الزرق تبايناً كبيراً، والنمطين الأكثر شيوعاً (وكلاهما

موصوف لاحقاً) هما الزَرَق الحاد والزَرَق المزمن. وإن تناول بعض الأدوية يمكن أن يعجل في ظهور الحالة.

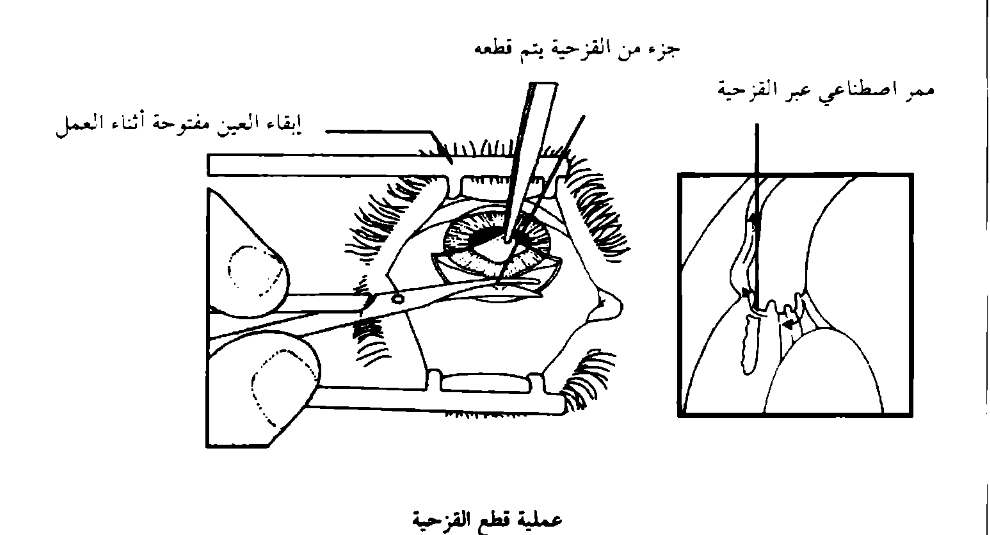
عملية قطع القزحية

بما أن الزَرَق يؤثر عادة على كلا العينين، فإن العملية تجرى لكلا العينين أيضاً، بالرغم من أن الأعراض ربما تظهر في عين واحدة فقط. وتجرى العملية لكل عين على حدة، بمعنى أنه يكون هناك فترة فاصلة بين إجراء العمليتين.

أثناء العملية: يُعطى المصاب بنجاً عاماً أو موضعياً، ثم يعمل الجراح شقاً عند حافة الملتحمة (Conjunctiva) والقرنية (Cornea) وتسحب قطعة من القزحية (Iris) برفق عبر الشق وتقص، وهذا يسمح للخلط المائي أن يرشح خارجاً مما يخفف الضغط الذي سبب الأعراض في العين. ويستعمل الليزر، في هذه الأيام، لإجراء عملية مشابهة لذلك.

ما بعد العملية: يصف الطبيب قطرات عينية لمنع حدوث أي التهاب، ويغطي العين لبضعة أيام، ويوصي بالراحة في المستشفى أو المنزل لمدة خمسة أيام تقريباً.

النقاهة: يستعيد المصاب نشاطه فوراً، ولكن ينصح بعدم الانحناء، و بعدم رفع أية أوزان ثقيلة لمدة شهر.



عملية قطع القزحية

الزَرَق الحاد (Acute glaucoma)

الزَرَق هو اضطراب ينسد فيه دوران الخلط المائي في العين. ويظهر الانسداد في شبكة نسيجية، بين القزحية والقرنية، تدعى زاوية النزح، فيزداد الضغط في العين بسبب تجمع الخلط المائي داخلها مما يؤثر على عمل الشبكية والعصب البصري المسؤولين عن الرؤية. (راجع بحث الزَرَق الوارد سابقاً).

في حالة الزَرَق الحاد، تنسد زاوية النزح فجأة. وهذا النوع من الزَرَق يظهر بشكل رئيسي عند الأشخاص المسنين المديدي البصر. وفي حالة مد البصر تكون المسافة بين القرنية والقزحية أقصر من الطبيعي، وهكذا تكون زاوية النزح أضيق. ومع تقدم العمر تكبر عدسة العين تدريجياً، وتدفع القزحية إلى الأمام مما يسبب ازدياد ضيق الزاوية. وفي بعض الحالات، عندما تكون زاوية النزح ضيقة كثيراً، يمكن أن يظهر الانسداد في أي وقت. وتسد الحافة الخارجية للقزحية زاوية النزح عندما تتقلص لكي يتوسع بؤبؤ العين، وهذا يظهر بشكل طبيعي عندما يحتاج المرء للرؤية في ضوء خافت أو عند ردة فعل لجزء من الجسم تجاه الانفعالات، وهكذا لا يمكن للخلط المائي للعين، الذي يتجمع في حجرة وراء القزحية، أن ينزح، فيتشكل ضغط في داخل العين. يمكن للقزحية أن تتراجع عن زاوية النزح بعد تغير الضوء أو انتهاء الانفعال، فيتدفق السائل ويصب في زاوية النزح ويسيل خارج كرة العين، وبشكل عام تصاب، عادة، عين واحدة ولكن العين الأخرى تكون عرضة للإصابة بنوبة الزَرَق في يوم لاحق.

الأعراض: في بعض الحالات، تحدث نوبات قصيرة لعدة أسابيع أو أشهر قبل أن تظهر نوبة الزَرَق الحاد. وتظهر النوبة عادة في المساء عندما يكون الضوء خافتاً، وتستمر طالما أن القزحية تسد زاوية النزح. ويصبح البصر مغبشاً، ويمكن أن تُرى هالات حول الضوء، وتأخذ القرنية بالتغيم (لأن الضغط المرتفع داخل العين يدفع الخلط المائي إلى داخل القرنية)، وغالباً ما يحدث ألم واحمرار في العين، ولا تظهر أذية دائمة على الرؤية في هذه المرحلة.

وبتقدم النوبة تظهر الأعراض نفسها لكنها تدوم وتصبح أسوأ، ويمكن حدوث ألم حاد في الرأس والعينين، ويكون الألم مصحوباً عادة بإقياء، أو يمكن أن يصل لدرجة الإعياء. وتزداد ضبابية القرنية حيث تبدو أحياناً رمادية وحبيبية، بالإضافة لذلك، تصبح كرة العين مؤلمة ومن الصعب لمسها.

المضاعفات: يصيب الزَرَق الحاد الأشخاص بنسبة واحد بالألف تقريباً فيمن تتراوح أعمارهم بين (40 ـ 65) سنة. وبعد الخامسة والستين تتضاعف هذه النسبة. وهو يصيب الرجال والنساء بشكل متساوٍ.

يميل الزرق الحاد للتواتر في الأسر، وهذا يعود جزئياً إلى أن العوامل المؤهبة له، مثل مد البصر، تميل أيضاً للتواتر الأسري. فإذا كنت فوق الأربعين من العمر ولديك مد بصر، وهناك اثنان أو أكثر من أقربائك أصيبوا بالزَرَق فيجب عليك الحذر ومراجعة الطبيب المختص إذا بدأت تشعر بالأعراض.

إذا تم علاج الزَرَق الحاد مبكراً فسوف يعود النظر أقرب ما يمكن للطبيعي. ولكن بعدما تترسخ الهجمة، غالباً ما تتضرر ألياف العصب البصري مما يسبب نقصاً محدوداً دائماً في الرؤية. وإذا أُهملت الحالة كلياً، قد تصاب العين بالعمى الدائم.

العلاج: ينصح دائماً بالعلاج المبكر، ويفضل أن يكون ذلك أثناء حدوث النوبة وليس بعدها، وبالسرعة الممكنة. والطبيب في عيادته سوف يستعمل قطرة عينية تساعد القزحية على التراجع عن زاوية النزح، كما يصف دواءً على شكل حقن أو حبوب أو قطرات لتخفيف كمية الخلط المائي داخل العين، فتتحسن الحالة خلال ساعات (بشكل عام)، وبعد يومين تقريباً يمكن إجراء عملية جراحية تدعى قطع القزحية لمنع أية نوبات أخرى، مع العلم أن الأطباء، اليوم، أصبحوا يستعملون أشعة الليزر لإجراء هذه العملية، وبما أن العين الأخرى عرضة للإصابة لاحقاً فقد ينصح الطبيب بإجراء قطع لقزحية هذه العين أيضاً منعاً لحدوث نوبات لاحقة.

إن لم يتم العلاج بشكل فوري، قد تلتصق القزحية بزاوية النزح وتسبب انسداداً دائماً. وإذا حدث ذلك فإن العملية الجراحية ستكون أشد تعقيداً وتسمى عملية بضع التربيق (وهي عملية جراحية يقصد بها قطع الأربطة المعلقة لعدسة العين في الوضع والحالة الطبيعيين). وفي كل الأحوال يجب إعطاء المصاب علاجاً دوائياً قبل العمل الجراحي للحفاظ على مقدار الضغط داخل العين تحت السيطرة، خاصة أثناء العمل الجراحي.

الزَرَق المزمن (Chronic glaucoma)

في حالة الزَرَق المزمن ينسد، تدريجياً، دوران الخلط المائي (الذي ينتجه، باستمرار، الجسم الهدبي في العين) خلال عدة سنين، فيتراكم في العين مسبباً ضغطاً داخلياً يؤثر على تغذية الشبكية والعصب البصري بالدم (المهمان كلاهما للرؤية). يخرج عادة الخلط المائي، بشكل طبيعي، من العين من خلال شبكة نسيجية بين القزحية والقرنية تدعى زاوية التصريف، أو زاوية النزح (Drainage angle) حيث يحصل الانسداد.

عندما يزداد تقدم الحالة تزداد كمية الخلط المائي الموجودة داخل المقلة مما يزيد الضغط على باقي أجزائها، وعادة تصاب عين واحدة ثم تليها العين الأخرى.

الأعراض: العرض الأول، الذي يحدث في المراحل الأولى لهذا الاضطراب، هو فقدان باحات صغيرة من الرؤية المحيطية في عين واحدة على الجانب القريب من الأنف، وسبب ذلك هو وجود ضغط في المقلة يتلف ألياف العصب البصري. وعادة، لا يلاحظ المرء حدوث هذا الاضطراب لأنه يحدث بالتدريج في عين واحدة في حين تعوض العين الأخرى هذا الفقدان. وبالتدريج تضيع باحات أخرى من الرؤية المحيطية وتزداد هذه الباحات حجماً وتبدأ العين الأخرى بالتأثر، ثم في مرحلة لاحقة يدرك المرء أن جزءاً من إبصاره قد فقد.

المضاعفات: الزَرَق المزمن شائع أكثر من الزَرَق الحاد (البحث السابق)، فإذا أهمل عِلاجه فإن فقدان الرؤية المحيطية سيزداد حتى يتم فقدها كلها في كلا العينين، ثم تختفي القدرة

على الرؤية المركزية تدريجياً حتى تنعدم كلياً، وفي نهاية المطاف يصاب المرء بالعمى التام في كلا العينين.

العلاج: بما أنه لا يمكن استعادة الرؤية التي تم فقدانها في هذا الاضطراب، فإنه من الأفضل الإسراع بالمعالحة. في مراحل الإصابة الأولى، من هذا النوع من الزَرَق، لا يعرف المرء أنه مصاب به إلا إذا فحصه طبيب عيون لهذا الغرض، ولذلك على كل شخص أن يفحص عينيه بشكل نظامي مرة كل سنتين على الأقل بعدما يتجاوز الأربعين.

يكون العلاج، بشكل عام في محاولة تخفيض الضغط في المقلة بأسرع ما يمكن حيث يصف الطبيب قطرة عينية تفتح انسداد زاويتي النزح جزئياً و/أو قطرات أو حبوب للإقلال من إفراز الخلط المائي. وجميع هذه القطرات والحبوب عادة يجب أن تؤخذ مدى الحياة، وسيحتاج المرء إلى فحوصات نظامية من قبل الطبيب ليتأكد أن كل شيء يجري على ما يرام.

إن فشلت العقاقير في خفض ضغط العين بشكل كافٍ، عندها يجب إجراء عملية جراحية يحدث فيها الجراح قناة تصريف اصطناعية.

- 4 -

مؤخرة العين والحجاج (Back of the eye and eye orbit)

إن وظيفة مؤخرة العين هي استقبال الضوء، الذي تركزه مقدمة العين، وتحويله إلى دُفعات عصبية تمر بعد ذلك عبر العصب البصري الذي يسير من خلف الشبكية إلى الدماغ. وتتشكل الدُفعات على شكل راموز (اصطلاح - شيفرة) (Code) تحدده مواصفات ما رأته العين، فيقوم الدماغ بتحليلها بحيث يرى المرء ما كانت العين قد رأته منذ لحظة.

إن الشبكية هي التي تستقبل الضوء، وهي طبقة من خلايا عصبية حساسة للضوء تبطّن ثلاثة أرباع الجهة الخلفية للمقلة، وتتألف خلاياها العصبية من خلايا مخروطية وخلايا عَصَوية مؤهلة خاصةً للكشف عن الضوء.

تقوم الخلايا المخروطية بالكشف عن لون الجسم المنظور وتفاصيله، وهذه الخلايا تتواجد بكثرة في البقعة الشبكية المسماة البقعة الصفراء، وهي باحة في مركز الشبكية عند أقصى مؤخرة العين. هذا ما يفسر لماذا يجب أن تنظر إلى جسم ما بشكل مستقيم لتراه بوضوح. وتتوضع أغلب الخلايا العَصَوية حول محيط البقعة الشبكية، وهي لا تكشف عن تفاصيل كثيرة ولا عن اللون، ولكنها حساسة لشدة الضوء الداخل للعين. فبإمكانك غالباً أن ترى جسماً ما بشكل أوضح إذا كان هذا الجسم في ضوء باهت وذلك بالنظر إليه بشكل غير مباشر ومن أحد جوانبه.

الحجاج هو التجويف العظمي الذي تسكن فيه المقلة، وهذه (أي المقلة) تتحرك داخل حجاجها بواسطة عضلات متصلة بها من الخارج وبالحجاج من الداخل، وأي اختلال في

التوازن بين العضلات، أو في الأعصاب التي تتحكم بها، يسبب الاضطراب الذي يُعرف بحَوَل العين. والحول عند الإنسان البالغ له سبب مختلف عنه عند الطفل. وفي هذا الفصل سنعالج فقط الحَوَل عند البالغين (راجع ص 901).

التنكس البقعي (Macular degeneration)

البقعة (أو البقعة الصفراء) هي باحة من شبكية العين تقع في مؤخرة العين قرب العصب البصري، وهي الجزء الذي يميز التفاصيل الدقيقة في مركز حقل الرؤية. وقد يحدث عند بعض المسنين أن أوعية العين الدموية تصبح ضيقة ومتصلبة مما يعيق إمداد البقعة بكمية كافية من الدم مما يؤدي إلى تنكسها، ثم تحدث ضبابية في مركز الرؤية. وعادة يحدث الضرر في كلتا العينين إما بشكل متواقت أو واحدة بعد الأخرى.

يظهر التنكس البقعي غالباً بشكل تدريجي ويكون غير مؤلم، ولهذا السبب ربما لا يلاحظ ظهوره وخاصة في مراحله الأولى. وعندما تصاب كلتا العينين تصبح القراءة والأعمال الأخرى التي تتطلب نظراً ثاقباً صعبة، وتختفي الرؤية المركزية تدريجياً، لكن تبقى الرؤية المحيطية سليمة في كل عين.

يعالج التنكس البقعي بجراحة الليزر (راجع جراحة الليزر ص 380)، ولكن معظم الحالات لا ينجح علاجها. وعموماً قد تتحسن الرؤيا باستعمال النظارات المناسبة.

اعتلال الشبكية السكري (Diabetic retinopathy)

عند معظم المصابين بالداء السكري (ص 671) تصبح معظم الأوعية الدموية الدقيقة في الشبكية، في كلتا العينين، متضيقة ومتموتة، وفي بعض الحالات يتسرب من الأوعية الدموية السليمة المتبقية في الشبكية كمية قليلة من الدم داخل الشبكية مسببةً انخفاضاً دائماً في حدة الرؤية. بالإضافة إلى ذلك ربما تنمو أوعية دموية هشة جديدة على الشبكية وبشكل مؤقت حيث يتسرب منها الدم أيضاً في العديد من الحالات إلى الخلط الزجاجي، وهذا بدوره قد يخفض الرؤية أو يمنعها مؤقتاً. وفي كل حالات تسرب الدم تقوم الشبكية بامتصاص الدم المتسرب من جديد، ولكن يتشكل تندُّب نسيجي على الشبكية، وهذا ربما يسبب فقدان جزئي دائم في الرؤية. يظهر هذا الاضطراب غالباً عند مرضى الداء السكري الذين لا يسيطرون على مستوى نسبة السكر في دمائهم، لكن جميع المصابين بداء السكري هم عرضة للتأثر بهذا الاختلاط وعليهم فحص أعينهم بشكل دوري لكي ينجح العلاج بالتحكم بحالات اعتلال الشبكية الناتج عن اصابتهم بالداء السكري.

العلاج: تجدي المعالجة عادة في السيطرة على اعتلال الشبكية. ويمكن أن تغلق الأوعية التي تُسَرِّب الدم بواسطة جراحة الليزر (ص 380)، وأي نزف في الخلط الزجاجي لم يشفَ

خلال سنة يعالج بتصريف الخلط الزجاجي من العين واستبداله بمادة صناعية. لكن يميل هذا الاضطراب للظهور مجدداً وبإعادة العلاج يمكن المحافظة على الرؤية.

انفصال الشبَكيَّة (Retinal detachment)

الشَبكيَّة هي طبقة رقيقة ذات خلايا حساسة للضوء تبطن حوالى ثلاثة أرباع الجزء الخلفي لكرة العين. ويوجد تحت الشبكية طبقة من الأوعية الدموية تدعى المشيمية، تزود العين بالمواد المغذية والأكسجين.

يحدث انفصال الشبكية عندما تنقلع عن المشيمية. ويسبب هذا الانفصال ثقباً في الشبكية في أغلب الحالات، وهذا يحدث إما بسبب تنكس الشبكية أو بسبب انكماش الخلط الزجاجي وابتعاده عن الشبكية وتمزيقها. يتشكل الثقب عادة على الحافة الأمامية للشبكية، فيتسرب الخلط الزجاجي عبر هذا الثقب ويبدأ بفصل الشبكية عن المشيمية، وإذا لم تعالج الحالة يستمر التسرب ويزداد انفصال الشبكية، وتصبح الشبكية تدريجياً ملتصقة فقط بمقدمة العين إلى الجسم الهدبي (وهو امتداد للمشيمية) وبمؤخرة العين إلى طرف العصب البصري.

يمكن أن يصيب انفصال الشبكية المريض في كلتا عينيه، ولكن عادة تصاب الواحدة بعد الأخرى.

الأعراض: الأعراض الوحيدة هي حدوث شذوذ بالرؤية في العين المصابة. فإذا كانت العين الأخرى سليمة، وتقوم بالتعويض عن العين المصابة، فلن تُلاحظ الأعراض المبكرة للإصابة. إن العلامات الأولى لانفصال الشبكية هي ومضات من الضوء تحدث غالباً قبل فترة قصيرة من تشكل الثقب في الشبكية. ويمكن رؤية خيال أسود زائف كشبكة العنكبوت عند تشكل الثقب. وحالما يبدأ الانفصال يلاحظ المصاب خسران جزء من إبصاره المحيطي في العين المصابة، ويظهر هذا عادة كستارة سوداء ضيقة آتية من الأعلى، أو الأسفل أو من أحد جانبي العين. ويتزايد خسران البصر إذا ترك الانفصال بدون علاج، كما يصبح البصر المتبقي ضبابياً (زائغاً).

المضاعفات: تظهر حالة انفصال الشبكية غالباً عند متوسطي الأعمار فما فوق. وقد تكون أنت عرضة للإصابة به إن كان لديك قصر نظر، أو إن كانت عينك قد جرحت، أو أجريت عملية نزع لعدسة العين بسبب إصابتك بالساد (ص 372). فإن أهملت هذا الاضطراب بدون علاج فإن هناك احتمال حدوث عمى دائم في العين المصابة.

العلاج: إذا أحس الإنسان بالأعراض الموصوفة سابقاً عليه مراجعة طبيب العيون فوراً، فإذا اكتشف وجود ثقب في شبكية إحدى العينين قبل حدوث الانفصال، ربما يحتاج المصاب إلى عملية لإغلاق الثقب بشكل دائم. تجرى هذه العملية بواسطة التجميد أو بأشعة الليزر، بعد إعطائه مركناً أو إجراء تبنيج موضعي. وإن بدأت الشبكية بالانفصال تجرى عملية مختلفة تحت

بنج عام أو موضعي، حيث يتم نزح الخلط الزجاجي المتوضع بين الشبكية والمشيمية، مما يسمح للشبكية بالعودة ثانية إلى مكانها أمام المشيمية والتصاقها بها والتزود من جديد بما يلزمها من دم، وعندئذٍ يتم سد الثقب في الشبكية.

ربما يعود البصر إلى وضعه الطبيعي إن أجريت العملية في مرحلة الثقب وقبل بدء الانفصال في الشبكية، أو عندما يبدأ الانفصال فقط حول الحافة الأمامية للشبكية. إما إن كان الانفصال أكثر شدة، وأصيبت الرؤية المركزية بالضعف فإن الرؤية المركزية سوف تصبح ضبابية زائغة إلى حد ما، على الرغم من أن حقل الرؤية الكامل سوف يعود لحالته الطبيعية.

بعد انفصال الشبكية في عين واحدة، هناك خطورة محتملة لحدوث الانفصال في العين الثانية، لذلك يجب زيارة طبيب العيون بشكل دوري لفحص العين الأخرى، وهذا سوف يمكِّن من اكتشاف أي باحة ضعيفة في الشبكية من المحتمل أن يحدث فيها انثقاب، وعلاجها في مراحلها الأولى وقبل تفاقم الحالة.

جراحة الليزر على العين

إن تطور مبضع الليزر (Laser scalpel)، في السنوات الأخيرة، قد مكَّن جراحي العيون من معالجة كثير من اضطرابات العيون بنجاح بعد أن كانت تؤدي سابقاً إلى عمى محتم. ومن بين الاضطرابات التي شاع علاجها بالجراحة الليزرية المعروفة تقنياً بالتخثير الضوئي الليزري (Laser photocoagulation)، هناك انفصال الشبكية واعتلال الشبكية السكري والتنكس البقعي (الأبحاث الثلاثة السابقة).

يعتمد التخثير الضوئي الليزري على قدرة الليزر على إنتاج حزمة ضوئية كثيفة جداً وضيقة جداً. عندما يتم تركيز هذه الحزمة الضوئية على الشبكية فإنها تسبب حرقاً دائرياً دقيقاً جداً في النقطة التي أصابها الشعاع مما يؤدي إلى انسداد أي وعاء دموي يعبر هذه المنطقة، ويستعمل هذا الحرق أيضاً لوصل الشبكية المنفصلة مرة ثانية مع طبقة المشيمية الواقعة تحتها.

عندما يستخدم جراح العيون التخثير الضوئي الليزري، ربما يحتاج إلى إجراء عدة آلاف من الحروق الدقيقة على الشبكية لسد الأوعية الدموية أو، في حال انفصال الشبكية، لإعادة وصل الشبكية مع المشيمية. إن هذا الإجراء غير مؤلم أبداً وعادة يُعطى المريض مركناً (مهدئاً) أو يجرى له تبنيج موضعي قبل العملية بحيث يكون واعياً تماماً أثناء إجراء العمل.

انسداد الشريان الشبكي (Retinal artery occlusion)

يقوم الشريان الشبكي المركزي بتزويد الخلايا الحساسة للضوء في الشبكية بالدم اللازم لها، وهو وعاء دقيق يدخل إلى العين من الخلف قرب العصب البصري.

عند ذوي الأعمار المتوسطة وما فوقها، يتعرض هذا الشريان، أو أحد فروعه، للانسداد بجلطة دموية ناجمة عن تخثر الدم، أو بصمامة (دهنية مثلاً) انفصلت عن جدار أحد الأوعية الدموية وحملها الدم لتستقر هنا، فتعوق سريان الدم كلياً أو جزئياً، وبالتالي تحرم الشبكية من

وصول ما يكفيها من الدم، فإذا كان انسداد الشريان كاملاً فإن العمى يحدث مباشرة في العين المصابة، أما إذا انسد فرع منه فإن المصاب يفقد فقط جزءاً من الرؤية، وغالباً ما يكون النصف الأعلى أو النصف الأسفل من مجال رؤية تلك العين.

إذا فقد الإنسان فجأة كل الرؤية أو جزءاً منها في إحدى العينين، فيراجع طبيب العيون حالاً. فإن كان بالإمكان معالجة الانسداد خلال بضعة ساعات من حدوثه فإنه يوجد احتمال كبير لعودة البصر إلى سابق عهده، ويتم هذا عادة بإعطاء دواء مميع للدم يحرك الجلطة أو الصمامة للأمام على طول أوعية الدم، إلى وضع يكون ضرره على الشبكية أقل. وإذا لم ينجح الدواء فالحل هو إجراء جراحة مستعجلة للعين لإزالة تلك الجلطة (الصمامة).

انسداد الوريد الشبكي (Retinal vein occlusion)

يحمل الوريد الشبكي المركزي الدم بعيداً عن الشبكية، وبذلك يلعب دوراً رئيسياً في دعم آلية الرؤية. وبعد منتصف العمر، وفي حالات نادرة، قد ينسد هذا الوريد، أو أحد فروعه، بجلطة دموية فيتسرب الدم إلى خارج الوعاء الدموي المسدود مما يؤدي إلى حدوث رؤية غير واضحة. ومن الملاحظ أن هذا الاضطراب يحدث فجأة، ولكن في بعض الحالات قد تتطور حالة عدم الرؤية الواضحة بشكل تدريجي.

ربما يحدث هذا الاضطراب في المراحل الأولى للزَرَق المزمن (ص 376)، أو ربما يساعد على حدوثه ارتفاع ضغط الدم (ص 463)، ويمكن أن يكون سببه أيضاً وجود ميل لتجلط الدم بسبب مرضي.

كلما كان المصاب أصغر سناً كلما زاد احتمال شفائه لأن النسج المجاورة للدم النازف ستقوم بامتصاصه من جديد، وإن لم يحدث هذا الامتصاص فإن الرؤية غير الواضحة ستصبح حالة دائمة لعدم وجود علاج لهذا الاضطراب حتى الآن.

يمكن الكشف عن العلامات الأولى لانسداد الوريد الشبكي، في بعض الأحيان، بفحص العين بمنظار العين، وعند ذلك يمكن السيطرة على هذا الاضطراب ومنعه من أن يزداد سوءاً، خاصة إذا تمت السيطرة على السبب المستبطن، كحالة ارتفاع ضغط الدم.

التهاب المشيمية (Choroiditis)

التهاب المشيمية يصيب أساساً، تلك الطبقة الوعائية الواقعة تحت الشبكية في مؤخرة المقلة، ولكن عادة تصاب الشبكية أيضاً والعديد من خلايا الخلط الزجاجي بالالتهاب. وعندما يتراجع الالتهاب فإنه يخلف ندباتٍ في المشيمية. لا يمكن عادةً تحديد سبب هذا الالتهاب بدقة، ولكنه يعود في بعض الحالات التي تصيب الأطفال إلى عوامل خامجة تدخل جهاز الدوران نتيجة التماس الشديد مع حيوان أليف مثل الكلب.

هذا الالتهاب يسبب رؤية غير واضحة، وفي بعض الأحيان يسبب احمرار العين وشعوراً بعدم الراحة. وعلى المصاب مراجعة طبيب العيون دون تأخير.

أورام العين (Tumors of the eye)

أورام العين هي نموات (ناميات) شاذة تحدث في نسجها، وهي إما أن تكون خبيثة مهددة للحياة، أو سليمة محصورة في مكانها لا تنتشر ولا تهدد الحياة. ورغم ندرة أورام العين فإنها إن حدثت تكون خبيثة غالباً وغير مؤلمة.

الورم القتاميني: (Malignant melanoma): يماثل هذا النوع من أورام العين سرطان الجلد القتاميني الخبيث (ص 272)، وهو يصيب بشكل رئيسي، المشيمية أو الجسم الهدبي، كما ينمو أحياناً في القزحية ويصيب عيناً واحدة فقط. وهو يشاهد غالباً عند كبار السن، ويمكن كشفه أثناء إجراء فحص عين روتيني.

العلاج الطبيعي لمثل هذه الأورام، خاصة عند الشباب، هو استئصال كامل العين المصابة منعاً من انتشار الورم إلى أجزاء أخرى من الجسم.

الأورام الثانوية: (Secondary tumors): في بعض السرطانات، تنتقل الخلايا السرطانية مع مجرى الدم، أو من خلال الجهاز اللمفاوي من الورم الرئيسي إلى أجزاء أخرى من الجسم، وتتوضع فيها وتنمو محدثة أوراماً ثانوية. ومثل هذه الأورام إن حدثت في العين فهي تتطور أثناء المراحل الأخيرة من سرطان رئيسي، فإذا نمت هذه الأورام خلف المقلة فإنها تؤدي إلى جحوظ العين (بروزها من موقعها). تختلف تأثيرات الأورام على الرؤية حسب موقع الورم في العين، وحسب معدل نموه، وحسب الإصابة، في عين واحدة أو في العينين معاً. يمكن القضاء على الورم الثانوي في العين، أو على الأقل السيطرة عليه، بالمعالجة الشعاعية، ولكنه يكون قد سبب فقداناً دائماً لجزء من الرؤية، أما الورم الرئيسي فيجب معالجته على حدة.

ورم أرومة الشبكية (Retinoblastoma): هو ورم خبيث ينمو في الشبكية في عين واحدة أو في العينين معاً، ويصيب عادة الأطفال دون عمر الخمس سنوات بدون أية أعراض. فإذا أصيبت الرؤية المركزية لعين واحدة فقط، يصاب الطفل عندها بالحول. ولذلك إن شعرتِ أن طفلكِ في هذه المرحلة من عمره قد أصيب بالحول، يراجع الطبيب فوراً. أما إن لم يتم الكشف عن الورم في مراحله الأولى فربما يصبح مرئياً من خلال الحدقة كمنطقة بيضاء داخل العين، وغالباً ما يكون المرض وراثياً. .

إذا تم الكشف عن هذا النوع من الورم بشكل مبكر، فالعلاج الناجح يكون إما بالمعالجة الشعاعية أو بحزم الليزر أو بالتجميد. أما إن تقدم الورم واكتشف أمره في مرحلة متأخرة، فيجب استئصال كامل العين لمنع انتشار الأورام الثانوية إلى أجزاء أخرى من الجسم وتعريضها بذلك حياة الطفل للخطر.

التهاب العصب البصري (Opticneuritis)

يحدث التهاب العصب البصري بشكل عام بين عمر العشرين وحتى الأربعين، ويصيب عيناً واحدةً مسبباً رؤية غير واضحة فيها تتطور بشكل تدريجي أو تحدث فجأة. وفي الحالات الشديدة يزداد عدم الوضوح في الرؤية خلال عدة أيام ليصبح عمى مؤقتاً، وتصبح العين مؤلمة أثناء الحركة، وبالإضافة إلى الأعراض المبينة، إذا حدث تنميل في الأصابع أو كان التبول صعباً، فإن هذا يعني أن الحالة هي عرض لمرض التصلب المتعدد (ص 325).

يعالج التهاب العصب البصري بالعقاقير الستيروئيدية (راجع التعريف ص 9) التي تسرِّع الشفاء، لكن الحالة قد تعاود مرة أخرى، وقد لا يتجاوب المرض مع العلاج وربما يُسبب فقدان مزيد من الرؤية.

جحوظ العين (Exophthalmos)

جحوظ العين هو بروز إحدى، أو كلتا المقلتين بسبب تورم في النسيج الرخو الذي يُبطن حجاج العين العظمي الذي تقطنه المقلة، فتندفع هذه إلى الأمام مما يجعل الجزء الأكبر من مقدمة العين مكشوفاً وبالتالي تميل العين للجفاف وإعطاء شعور بوجود رمل فيها، وتنحصر حركتها مما يسبب ازدواجية الرؤية. وفي الحالات الشديدة تندفع المقلة كثيراً إلى الأمام فيحتجز الدم عنها، وتصبح الرؤية ضبابية بشكل شديد، وأحياناً ينتفخ الجفنان بحيث يتعذر إغلاقهما.

السبب الرئيسي لتورم النسيج المذكور هو شذوذ في إنتاج الهرمونات الدرقية (راجع فرط الدرقية ص 682)، وفي حالات أخرى قد يكون السبب هو نمو ورم خلف المقلة (راجع البحث السابق)، أو التهاب النسيج ذاته موضعياً (راجع التهاب الهلل الحجاجي، الفقرة التالية). ولمعرفة سبب الاضطراب الحقيقي تُجرى فحوص للدم وتصوير بالأشعة السينية للعين، والفحص الإيكوغرافي وفحوص الـ CAT (طبقي محوري) وفحوص للعين بالمعيان (منظار العين) وغيرها.

العلاج: إذا كان اضطراب الغدة الدرقية هو سبب الجحوظ، فيمكن لاختصاصي الغدد أن يعالج الحالة حسبما يراه مناسباً، لكن ذلك قد لا يزيل جحوظ العينين، وفي بعض الحالات يعطي الطبيب دواءً ستيروئيدياً (راجع التعريف ص 9)، أو قد يلجأ لخياطة الأجفان معاً لمنع حدوث تقرحات قرنية (ص 368)، وفي الحالات الشديدة يلجأ الطبيب إلى إجراء عملية جراحية لتخفيف الضغط عن المقلة. على كل حال إن المعالجة الصحيحة، وفي مراحل الإصابة الأولى، تعيد البصر إلى حالته الطبيعية.

التهاب الهلل الحجاجي (Orbital cellulitis)

يبطن الحجاج العظمي، الذي تتوضع فيه المقلة، نسيج ناعم، وفي بعض الحالات

النادرة، تدخل الجراثيم إلى هذا النسيج من منخر ملتهب (راجع التهاب الجيوب ص 411)، أو من دملة قرب العين، وتسبب التهاباً يدعى التهاب الهلل الحجاجي.

يؤدي هذا الالتهاب إلى تورم النسيج المصاب، وهذا يدفع بالمقلة نحو الأمام معطياً مظهر الحملقة (التحديق) (راجع الجحوظ البحث السابق). والأعراض الأخرى هي وجود ألم حاد واحمرار في العين وانتفاخ في الجفنين لدرجة تمنع المصاب من إغلاقهما أحياناً وربما ترتفع حرارة المصاب، وفي حالات نادرة ترشح العين قيحاً، وهذه الحالة، غالباً، تشبه حالة التهاب الملتحمة (ص 369)، فإن أدت إلى حدوث ضغط على أوعية الدم التي تغذي العين فربما يفقد المصاب قليلاً من الرؤية بشكل مؤقت، وهناك أيضاً احتمال انتشار الخمج إلى الدماغ وإحداث التهاب في السحايا (ص 296).

تتضمن المعالجة أخذ جرعات مكثفة من المضادات الحيوية تعطى كحبوب أو حقن، فإذا كان التهاب الجيوب هو أصل المشكلة فيجب معالجة الجيوب أيضاً.

الحَوَل عند البالغين (Crossed eyes in adults)

تتحرك العينان الطبيعيتان سوياً بحيث تنظران كلتاهما إلى الشيء نفسه في آنٍ واحد، وهذا الأمر ضروري لوضوح الرؤية. ويحصل الحَوَل عندما يغيب هذا التناسق حيث تنظر إحدى العينين إلى شيءٍ ما في حين تنظر العين الثانية إلى موضع آخر.

يظهر الحول عادةً في مرحلة الرضاعة أو الطفولة المبكرة (ص 901)، وعادة، نتيجة لاضطراب عيني آخر يُضعف عضلات العين. أما بعد مرحلة الطفولة فإن الحَوَل يحصل دوماً لسبب آخر له تأثير مختلف، إذ إن معظم الحالات تنجم عن اضطراب في مكانٍ آخر من الجسم يصيب إما الأعصاب ما بين الدماغ وبين عضلات العين أو بشكلٍ أندر يصيب عضلات العين نفسها، وهذه الاضطرابات تشمل الداء السكري (ص 671)، وارتفاع ضغط الدم (ص 463)، والتهاب الشريان الصدغي (ص 507)، وأذية الدماغ (ص 300)، والخثل العضلي (ص 925).

الأعراض: يحصل في معظم الحالات شفع (ازدواج الرؤية) وربما يظهر أيضاً أعراض اضطراب آخر كامن.

العلاج: إذا أخذ الشفع بالظهور لديك ولم تصب قط بالحول فراجع طبيبك. وكإجراء مؤقت لاتقاء الشفع اسْتر إحدى عينيك بضمادة أو بغطاء للعين (متوفر في الصيدليات). وبغية اكتشاف السبب الكامن يقوم الطبيب بقياس ضغط دمك كما يطلب إجراء اختبارات دموية ومخبرية وكذلك فحوص شعاعية متنوعة.

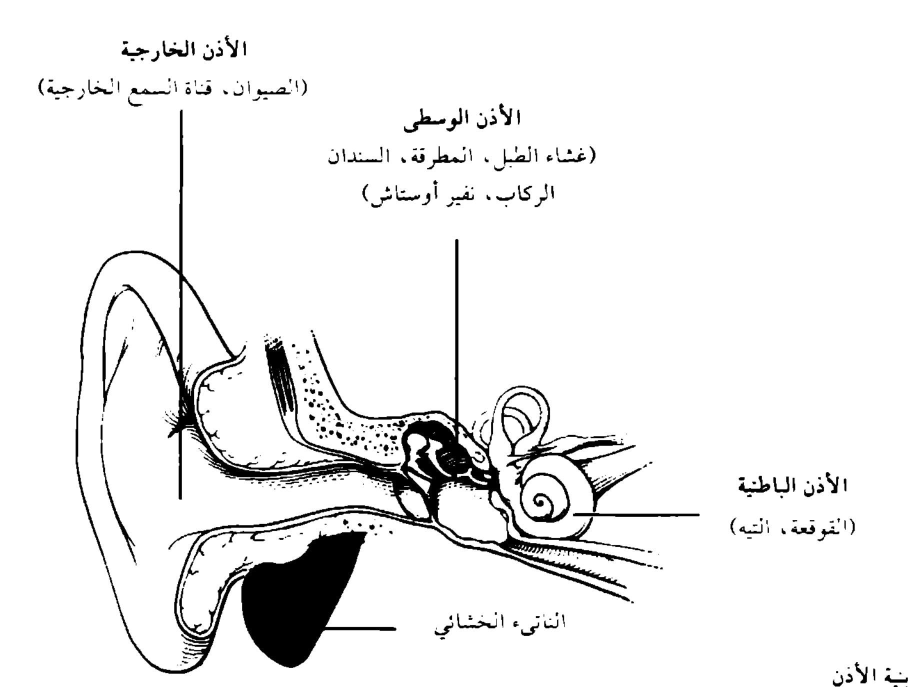
في معظم الحالات تُصَحِّح الاستجابة الجيدة لمعالجة الاضطراب الكامن الشفعَ تدريجياً في غضون بضعة أشهر. وإذا تبقى جزء من المشكلة فيمكن إصلاحه عادةً باستعمال نظارة طبية خاصة، وبخلاف ذلك فلا بد من إجراء عمل جراحي.

الفصل الخامس

اضطرابات الأذن (Disorders of the ear)

الأذن هي عضو توازن بالإضافة إلى كونها عضو سمع، وتتألف من ثلاثة أقسام: الخارجية والوسطى والداخلية.

الأذن الخارجية: وتتضمن كلاً من الأذن التي نراها بالعين، ثنيات الجلد والغضروف المعروف بصيوان الأذن، وقناة الأذن الخارجية، وهي ممر طوله حوالي (2) سنتيمتر يصل بين الصيوان وطبلة الأذن. يحيط بفتحة القناة من الخارج غضروف يغطيه جلد فيه شعر ويحوي غدداً مفرزة للصملاخ، ويبطن القسم الأعمق من القناة غشاء رقيق يحيط به العظم. إن طبلة الأذن (Eardrum) هي غشاء رقيق يغطي نهاية قناة الأذن الخارجية وتفصل الأذن الخارجية عن الأذن الوسطى.



بنية الأذن
تجمع الأذن الخارجية الأمواج الصوتية وترسلها داخل الأذن الوسطى التي تقوم بتمريرها إلى الأذن الباطنة وهذه تحولها إلى دفعات عصبية وتنقلها إلى الدماغ. كما أن الأذن الباطنة تحتوي أيضاً آلية للمحافظة على التوازن.

الأذن الوسطى: هي تجويف صغير يقع بين طبلة الأذن والأذن الداخلية، وتتألف من ثلاث عظمات صغيرة متصلة ببعضها تدعى: المطرقة (Malleus) والسندان (Incus) والعظم الركابي (Stapes)، (دعيت هذه العظام بتلك الأسماء لشبه أشكالها هذه الأشياء).

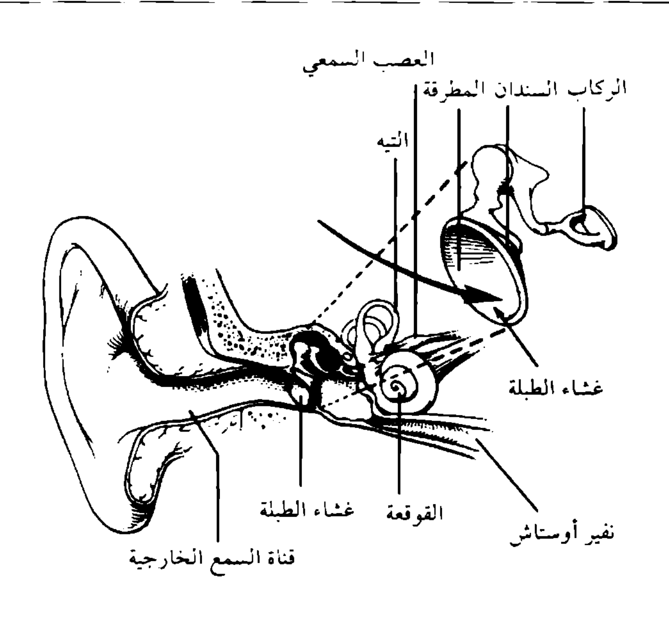
تتصل المطرقة بالبطانة الداخلية لطبلة الأذن ويتصل العظم الركابي، بواسطة رباط، بالنافذة البيضوية (Oval window) وهي فتحة تؤدي إلى الأذن الداخلية، أما السندان فيقع بين المطرقة والعظم الركابي ويتصل بكليهما.

هناك عدة فتحات في الأذن الوسطى، إحداها تتصل مع حجرات الهواء، في المنطقة الخشائية للعظم الصدغي (العظم الذي يحوي كل المناطق الداخلية للأذن)، وهناك فتحتان توصلان إلى الأذن الداخلية، وقناة تعرف باسم بوق أوستاش (Eustachian tube) أو (القناة السمعية) والتي تتصل بالتجويف الواقع خلف الأنف. وتسمح هذه القناة بموازنة ضغط الهواء بين داخل طبلة الأذن (الأذن الوسطى) وخارجها. وفي بعض الأحيان تنسد هذه القناة أثناء الزكام، وعندما تنفتح مرة ثانية فإن موازنة الضغط المفاجئ يجعل المرء يشعر وكأن أذنه قد «طقطقت».

الأذن الداخلية: تتألف من تركيبين يتضمنان حجيرات مبطنة بغشاء ومملوءة بسائل، وهما التيه (Vestibular system) والقوقعة (أو الحلزون) (Cochlea). التيه هو المسؤول عن التوازن. ويتألف من ثلاث قنوات شبه دائرية متصلة بشكل متعامد ومحنية بشكل نصف دائرة، إضافة إلى القريبة (Utricle) والكييس (Saccule)، بينما تبدأ القوقعة، التي تلعب دوراً في السمع، عند الجانب الداخلي للنافذة البيضوية، وتلتف بشكل قوقعة الحلزون. ويتصل العصب السمعي بالتيه والقوقعة وينقل وظائف الأذن الداخلية من توازن وسمع إلى أقسام الدماغ المسؤولة عنها.

كيف تعمل الأذن

كيف تسمع: يبدأ الصوت بموجات تسير في الهواء صادرة عن الأشياء التي أحدثتها، وعندما تصل إلى الأذن الخارجية (المرئية) تساعد هذه في جمع بعض الأمواج وإدخالها (تمريرها)، عبر قناة الأذن الخارجية، بحيث تضرب هذه الأمواج طبلة الأذن وتجعلها تهتز، ثم تمر



الاهتزازات عبر المطرقة والسندان والعظم الركابي والنافذة البيضوية إلى السائل الموجود في القوقعة، ثم تقوم الأشعار الصغيرة التي تبطن القوقعة بتحويل تلك الاهتزازات إلى نبضات عصبية يتم نقلها عبر العصب السمعي إلى الدماغ.

كيف تحافظ على توازنك: يرصد الدماغ على الدوام أوضاع وحركات الرأس والجسم بحيث يصبح المرء قادراً على المحافظة على توازنه. ففي كل أذن داخلية هناك تركيب يدعى التيه يقوم برصد أوضاع وحركات الرأس بواسطة ثلاث قنوات شبه دائرية، وتتوضع كل قناة بزاوية يمينية بالنسبة للقناتين الأخرتين، لذلك كيفما تحرك الرأس (إلى جميع الاتجاهات) تقوم قناة واحدة، من هذه القنوات شبه الدائرية، بالكشف عن الحركة ونقل هذه المعلومة للدماغ، وهو ينسق هذه المعطيات مع معلومات أخرى قادمة من العينين وعضلات الجسم والأطراف، وذلك للوصول إلى الوضع الدقيق والحركات التي يحتاجها لكي يحافظ على التوازن.

التيه
إن كل قناة دائرية في التيه تكتشف وتضبط الحركة في أحد الاتجاهات الثلاثة

فقدان السمع والدوار: هناك نوعان من فقدان السمع، التوصيلي والعصبي الحسي، أما فقدان السمع التوصيلي فسببه خلل ميكانيكي يمنع الأصوات من الوصول إلى الأذن الداخلية، ويحدث ذلك، على سبيل المثال، بسبب الانسداد الصملاخي للأذن الخارجية (البحث بعد التالي) أو بسبب خلل ميكانيكي في الأذن الوسطى. ويحدث فقدان السمع العصبي الحسي بسبب خلل عصبي، بالرغم من أن الأصوات تصل إلى الأذن الداخلية ولكنها لا تفهم لأن نبضات الأعصاب الموافقة لها لا تصل للدماغ، والسبب في هذا النوع من فقدان السمع هو الأذيات التي أصابت القوقعة أو العصب السمعي وفي هذه الحالة تصل الأصوات إلى الأذن الداخلية ولا تمر للدماغ، ويحدث هذا أحياناً بسبب تقدم العمر (راجع تقدم العمر والحواس ص 953)، وكذلك فإن الأصوات العالية كالموسيقى الصاخبة، أو أصوات ضجيج الآليات، أو التأثيرات الجانبية النادرة بسبب الأدوية يمكن أن تسبب مثل هذا الضرر في أي عمر.

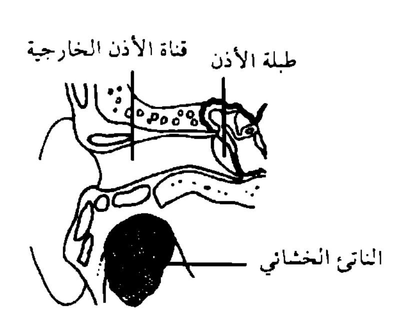
نقص السمع التوصيلي
في نقص السمع التوصيلي، لا يصل الصوت إلى الأذن الباطنة بسبب عيب ميكانيكي في الأذن الوسطى.

نقص السمع الحسي
في نقص السمع العصبي الحسي، يصل الصوت إلى الأذن الباطنة، إلا أنه لا يصل إلى الدماغ.

أما الدوار فهو إحساس زائف يشعر به المرء، بأنه يدور والأشياء ثابتة من حوله أو أن الأشياء تدور حوله وهو ثابت مكانه، وهذا الأمر يسبب فقدان التوازن، وهو عادة عَرَض من أعراض اضطرابات الأذن الداخلية.

- 1 -
الأذن الخارجية (The outer ear)

إن بطانة الأذن الخارجية هي امتداد لجلد الأذن المرئية، لذلك فإن معظم اضطرابات هذه الأذن هي اضطرابات جلدية. قد تكون الأعراض مزعجة جداً، ولكن هذه الاضطرابات، عادة، ليست خطيرة كتلك التي تصيب الأذن الداخلية أو الوسطى، لأنها لا تؤثر على الآلية الدقيقة للسمع والتوازن.



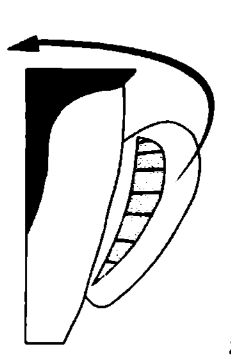
بنية الأذن الخارجية

الآذان الناتئة (Protruding ears)

معظم آذان الناس تكون، بشكل منبسط على جانبي رؤوسهم، ولكن أحياناً تكون الآذان ناتئة، وأحياناً يكون النتوء شديداً بحيث تقف الأذن قائمة على جانب الرأس.

ليست الآذان الناتئة خطراً على الصحة ولكنها عادة تكون مصدر إزعاج نفسي، ويصبح هذا الإزعاج شديداً جداً لبعض المصابين أكثر مما يتصور الآخرون.

إن كانت أذناك ناتئتين وكانتا تزعجانك فاعلم أن الاعتقاد السائد بأن هذا النتوء يمكن علاجه بلصق أذنيك بشريط لاصق إلى جانبي رأسك في ليالٍ عديدة، هو لسوء الحظ اعتقاد خاطئ وليس صحيحاً. يمكن إخفاء النتوء الخفيف بسهولة إما بتطويل شعرك أو بتغيير تسريحته بحيث يغطي أذنيك، أما حالات النتوء الشديدة فربما يمكن علاجها بعملية جراحية بسيطة تصحح قليلاً النتوء الزائد. وتتم العملية بإجراء شق قرب طية الجلد خلف الأذن ثم سحبها نحو الخلف بشكل منبسط على جانب رأسك ثم يخاط الشق. وبهذا الشكل تكون الندوب الناتجة عن العمل الجراحي مخفية خلف الأذن وغير مرئية، وبذلك يصحح النتوء الزائد بشكل نسبي، ولكن لا ينصح عادة بمثل هذه العملية للأطفال دون الخامسة من العمر لأن آذانهم لم تكن قد نمت بشكل كامل بعد.



الجراحة البسيطة

يتم جذب الصيوان إلى الخلف بعد اقتطاع شريحة من الجلد خلف الصيوان. لا يُنصح بهذه الجراحة عادةً للأطفال دون سن الخمسة لأن آذانهم لا تزال في طور النمو.

سدادة الصملاخ (Wax Impaction)

توجد في قناة الأذن الخارجية غدد خاصة تفرز مادة الصملاخ لكي تقي الأذن من الأذيات الخارجية، ويلاحظ أن تلك الغدد تفرز كميات قليلة وبسيطة عند بعض الأشخاص بينما تكون كبيرة وغزيرة عند أشخاص آخرين مما يؤدي إلى تراكم المادة الصملاخية وسدها لمجرى القناة كل عدة شهور، فيشعر المرء بانسداد في الأذن مع فقدان جزء من السمع، وطنين، وأحياناً ألم بسيط، علماً أن هذه الحالة ليست خطرة.

العــلاج:

العلاج الذاتي: أفضل علاج لانسداد الأذن بالصملاخ هو الوقاية من حدوثه، ويتم ذلك بوضع سدادات للأذنين إذا كانت ظروف العمل كثيرة الغبار، وعدم محاولة إزالة الصملاخ بعود من الثقاب مثلاً أو بماسحة قطنية لأن ذلك قد يؤدي إلى دفع كتلة الصملاخ بأكملها باتجاه طبلة الأذن وإحداث أضرار فيها.

العلاج الاختصاصي: عندما يجد الطبيب أن الصملاخ قد سد قناة الأذن الخارجية فإنه يزيله منها بواسطة مسبار، أو جهاز خاص لهذا الغرض. وإن كان الصملاخ قاسياً فإنه يضع في الأذن قطرة لفترة زمنية يراها مناسبة حتى يلين ويصبح سهل الإزالة.

في كل الأحوال، ننصح الذين لديهم استعداد لتشكل مثل هذه السدادات الصملاخية بمراجعة الطبيب المختص بشكل دوري لإزالة ما يتراكم منه.

أخماج قناة الأذن الخارجية (Infections of the outer ear canal)

تأخذ أخماج قناة الأذن الخارجية أحد شكلين: فإما أن تكون من جراء إصابة موضعية لها شكلت حبة أو خراجاً، أو أن تحدث بعد إصابة عامة تصيب بطانة القناة كلها. ويلاحظ أن هذه الأخماج يمكن أن تحدث بعد السباحة، خاصة إذا كانت المياه ملوثة، وكذلك عندما تترك القناة في درجة عالية من الرطوبة، مما يساعد على حدوث الإصابات بنسبة أكبر. ومما يساعد أيضاً على حدوث الأخماج حك الأذن بشدة وباستمرار، أو بسبب تأذيها أثناء عملية إزالة الصملاخ.

الأعراض: العرض الأول للإصابة هو الحكة داخل الأذن متبوعة بألم حاد أو بسيط. وقد يلاحظ خروج قيح أصفر يكون لخروجه أثر مخفف لشدة الألم، وإن كانت كمية القيح كافية لسد قناة الأذن فإن ذلك يخفف من القدرة على السمع.

تؤدي هذه الأخماج، عادة، إلى حدوث صداع وألم في الرأس، خاصة أثناء تحريكه، مع العلم أن هذه الحالة شائعة جداً بين البالغين خصوصاً، وإذا لم تعالج بالشكل المناسب فإنها ربما تنتشر إلى المناطق المجاورة.

العــلاج:

العلاج الذاتي: يؤخذ مسكن للألم وتوضع ضمادة دافئة وجافة على الأذن ريثما يراجع الطبيب.

العلاج الاختصاصي: لدى مراجعة الطبيب فإنه ينظف الأذن بواسطة آلة خاصة أو بواسطة مسبار ذي رأس قطني، وهذه العملية سوف تخفف الحكة والألم ومن الممكن أن يصف مضاداً حيوياً وقطرة أذنية. وبتنظيف الأذن يومياً واستعمال الدواء المناسب سوف تشفى الإصابة سريعاً. أما إذا لم تتحسن الحالة بهذا العلاج، خلال ثلاثة أو أربعة أيام، فلا بد من الاستعانة بنتائج الفحوص المخبرية المجراة على القيح (زرع القيح لمعرفة الجراثيم المسببة للمرض، وبالتالي معرفة المضاد الحيوي الأكثر فعالية ضدها). وسيصف الطبيب مضاداً حيوياً فعالاً ضد الجراثيم المسببة للخمج، ومسكناً للألم إذا كان الألم شديداً أو مسبباً للإزعاج.

هذا وعندما تحدث الأخماج بسبب إصابات بالفطور أو بسبب الأرَجِيَّة، فإن الحالة قد تتكرر عدة مرات وقد تحتاج لعلاج يستمر عدة شهور.

وفي جميع الأحوال، يجب أن تبقى الأذن جافة أثناء فترة العلاج، وهذا يعني ضرورة عدم السباحة، واستعمال سدادات أذنين أو ارتداء قبعة حمام أثناء الاستحمام.

أورام الأذن الخارجية (Tumors of the outer ear)

مثل جميع الأورام، ربما تكون أورام الأذن الخارجية سليمة (محصورة في مكانها ولا تهدد الحياة) أو خبيثة (تنتشر وتنتقل وتهدد الحياة).

ينمو الورم السليم على الأذن الخارجية كثؤلول عديم الألم، أو ينمو في القناة نفسها على شكل كتلة قاسية من نسيج عظمي مستبطن يدعى العظموم (ورم عظمي) (Osteoma)، وفي هذه الحالة ربما لا توجد أية أعراض أو يوجد تجمع صملاخ وشعور عدم راحة وفقدان للسمع.

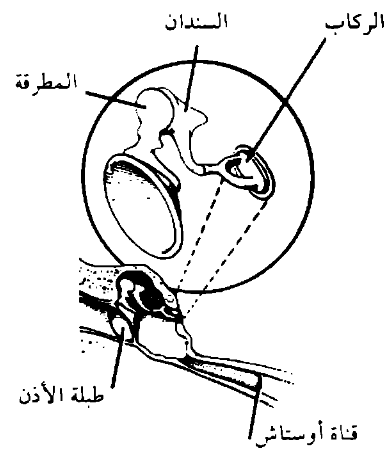
أما الأورام الخبيثة على الأذن المرئية فتأخذ شكل الثآليل، كالأورام السليمة، أو كقرحات جافة أو قرحات دامية لا تبرأ أبداً. إن أورام الأذن المرئية تشبه أورام الجلد وقد تنزف وأخيراً تصبح مؤلمة. أما الأورام الخبيثة في قناة الأذن الخارجية فهي تسبب ألماً أذنياً شديداً ونزفاً دموياً. وتكون أخطار الورم الخبيث في الأذن نفس أخطار أي ورم خبيث آخر.

العلاج: يمكن استئصال الأورام السليمة بعملية جراحية بسيطة. أما الأورام الخبيثة المتوضعة على الأذن المرئية فإما أن تزال بالجراحة أو يطبق عليها المعالجة الشعاعية، وأثناء الجراحة يتم استئصال الورم وكل، أو جزء، من الأذن الخارجية حسب درجة تقدم ونمو الورم. ويتبع العملية أحياناً معالجة بالأشعة. وأما الأورام الموجودة في القناة فربما تتطلب عملية تعرف باسم قطع العظم الصدغي أو قطع الخشاء (ص 398)، ويتبعها معالجة شعاعية.

ـ 2 ـ

الأذن الوسطى (The middle ear)

أكثر اضطرابات الأذن الوسطى شيوعاً هي الأخماج والأذيات التي تصيب طبلة الأذن. تحدث الأخماج عادة بسبب الجراثيم أو الفيروسات التي تصل إلى الأذن الوسطى عبر طبلة الأذن المثقوبة، أو عبر قناة أوستاش (Eustachian tube) (القناة السمعية).



بنية الأذن الوسطى

إن العظام الدقيقة التي توصل الصوت إلى الأذن الداخلية معرضة للأذى بسرعة، لذلك يكون فقدان السمع التوصيلي (ص 386) عرضاً شائعاً في العديد من اضطرابات الأذن الوسطى.

تصلب الأذن (Otosclerosis)

يحدث نمو شاذ للعظم الإسفنجي عند مدخل الأذن الداخلية فيصلب قاعدة عظم الركاب، الذي هو عظم دقيق تعبر خلاله الأمواج الصوتية التي تدخل الأذن، ونتيجة لذلك لا يستطيع العظم الركابي إرسال كل، أو بعض، الأمواج الصوتية التي تدخل الأذن، مما يسبب نقصاناً بإيصال السمع في تلك الأذن (راجع ص 386)، وهذا الأمر يحدث عادة في كلتا الأذنين معاً بنسبة 90% من الحالات المشاهدة.

الأعراض: إن بقي مرض تصلب الأذن بدون علاج فإنه يقود عادة إلى نقصان السمع تدريجياً، حتى يحدث صمم كامل في كلتا الأذنين بعد مرور عشر إلى خمسة عشرة سنة. وفي بعض الحالات، وغالباً عند الأطفال، يتطور فقدان السمع بسرعة أكبر. وفي حالات أخرى يكون فقدان السمع جزئياً. وإذا كانت المصابة امرأة وحملت أثناء ذلك، فإن فقدان السمع التدريجي يتسارع، أثناء الحمل، بشكل واضح.

المضاعفات: إن مضاعفات الإصابة مرتبطة بما ينتج عن نقص السمع والصمم، أضف إلى ذلك، المضاعفات النفسية والعاطفية.

العلاج: يراجع الطبيب فوراً إذا شعر المرء بوجود طنين في أذنيه أو بنقص مقدرته على السمع. (راجع فقدان السمع والمساعدات السمعية ص 396).

العلاج الوحيد الذي يوقف أو يُشفي تصلب الأذن هو إجراء عملية استئصال عظم الركاب، حيث تحسِّن هذه العملية من المقدرة على السمع بشكل كبير (حوالي 90%)، ولكن

علينا أن نتذكر أن حوالي (2 ـ 5%) من تلك العمليات تؤدي إلى صمم تام في الأذن المصابة.

أما عندما تتطور حالة تصلب الأذن بسرعة في كلتا الأذنين، فسوف ينصح الطبيب بإجراء العملية بسرعة لمنع حدوث الصمم التام.

تُجرى العملية عادة في أذن واحدة أولاً، فإذا فشلت فالأفضل عدم إجراء جراحة للأذن الأخرى، وإذا نجحت فربما تجرى الجراحة في الأذن الأخرى بعد مرور ستة أشهر أو سنة على العملية الأولى.

يقوم الجراح، في عملية استئصال عظم الركاب، برفع طبلة الأذن وإزالة عظم الركاب المصاب وإبداله بواحد معدني أو بلاستيكي. بعد العملية يشعر المريض عادة بالدوار لبعض الوقت، وبعدها يلتئم الجرح داخل القناة تلقائياً خلال أسبوع أو أسبوعين. وبعد أسبوعين آخرين، أو ثلاثة، يمكن أن يعود المريض إلى نشاطه الطبيعي.

في بعض الحالات، لا يحدث التحسن سريعاً بعد إجراء العملية بسبب بقاء جلطة دموية في الأذن الوسطى تسد مجرى السمع، إلا أن هذه الجلطة تتلاشى مع مرور الوقت ويتحسن السمع.

الرضح الضغطي (Barotrauma)

عادة يتساوى ضغط الهواء في الأذن الوسطى والأذن الخارجية بسبب اتصالهما عبر قناة أوستاش (Eustchian tube) (القناة السمعية)، أي يتساوى الضغط الجوي المحيط بنا مع الضغط داخل الأذن الوسطى، فإذا ظهر أي اختلال بسيط في هذا الضغط فإن طبلة الأذن ستتأذى بسبب الخلل الطارئ وهذا ما يدعى الرضح الضغطي.

عندما يسافر، بالطائرة، شخص مصاب بخمج في أنفه أو حلقه، وأثناء خفض ضغط الهواء داخل الطائرة قبل الإقلاع، فإن هذا الضغط يقل في داخل الأذن أيضاً، وقبل الهبوط يعاد تكييف ضغط الهواء داخل الكبين، وبالتالي يعود ضغط الهواء ليتساوى بين قناة الأذن الخارجية والأذن الوسطى، فيحدث الرضح الضغطي في حال إنسداد القناة السمعية بشدة بسبب خمج ما فلا يتمكن الهواء من المرور عبرها إلى الأذن الوسطى، مما يسبب ضغطاً أكبر على السطح الخارجي لطبلة الأذن منه على السطح الداخلي فتُدفع طبلة الأذن إلى الداخل.

يسبب هذا الرضح الضغطي ألماً حاداً في الأذن، وشعوراً بالإنسداد وقليلاً من فقدان السمع نوعاً ما، ويمكن سماع ضجيج وشعور بالدوار، ثم تختفي تلك الأعراض عادة بعد ثلاث إلى خمس ساعات. فإذا كان لديك خمج بالأنف أو الحلق ويجب عليك السفر بالجو.

فالنصيحة لك أن تستعمل حبوباً أو بخاخاً مزيلاً للاحتقان، وأن تعلك لباناً (استعمل العلكة) لأن إجراء عملية البلع باستمرار يحافظ على إبقاء القناة السمعية مفتوحة دائماً، كما ويمكنك إجراء حركات التنفس داخلياً بإغلاق أنفك وفمك ثم محاولة إدخال الهواء إلى داخل القناة السمعية بالنفخ بلطف وحذر داخل فمك المغلق.

على المصاب بالرضح الضغطي مراجعة الطبيب، حيث يعطى العلاج المناسب، وفي حال عدم التجاوب مع العلاج، ولجعل ضغط الهواء يتساوى داخل الأذن الوسطى مع الوسط الخارجي يثقب الطبيب طبلة الأذن ويُخرج من الأذن الوسطى أي سائل يتواجد فيها (مع العلم أن طبلة الأذن تلتئم من تلقاء نفسها خلال أسبوع أو أسبوعين).

تمزق طبلة الأذن (Ruptured eardrum)

هنالك أربعة أسباب شائعة لتمزق طبلة الأذن:

إدخال جسم حاد إلى الأذن (لحكها مثلاً)، إنفجار قوي قريب (بسبب ضغط الانفجار)، خمج حاد في الأذن الوسطى، ضربة على الأذن، كسر الجمجمة (وهذا سبب نادر الحدوث).

الأعراض: أهم الأعراض عادة، حدوث ألم خفيف في الأذن، وفقدان جزئي للسمع ونزف خفيف أو شديد من الأذن، وتدوم هذه الأعراض عادة فقط لعدة ساعات.

المضاعفات: هناك خطر دخول الخمج إلى الأذن الوسطى عبر التمزق، فإذا كنت مرتاباً بأنه حصل لديك تمزق في طبلة الأذن فراجع طبيبك فوراً.

العــلاج:

علاج ذاتي: لتخفيف الألم تغطى المنطقة المصابة بقماش (يفضل أن يكون دافئاً) ويؤخذ مسكن للألم.

علاج اختصاصي: إن تمزقت طبلة الأذن عند شخص ما، فإن الطبيب قد يصف له مضاداً حيوياً حسب الحالة، ويضع الأذن تحت المراقبة حتى تبرأ تماماً، حيث يستغرق ذلك عادة أسبوعاً أو أسبوعين، وربما يضع قطعة بلاستيكية مؤقتة على طبلة الأذن المتمزقة. فإذا لم تبرأ طبلة الأذن، خلال ثلاثة شهور، فربما يتطلب الأمر إجراء عملية جراحية بسيطة، حيث يقوم الجراح بزرع قطعة صغيرة من أحد نسج جسم المصاب (Fascia) (ربما نسيج أحد أوردته) على طبلة أذنه. وبعد أن يبرأ التمزق لا تترك هذه العملية أية مشاكل، ويتوقف فقدان السمع.

أخماج الأذن الوسطى الحادة (Acute infections of the middle ear)

أخماج الأذن الوسطى الحادة هي إصابة تسببها الفيروسات غالباً، أو الجراثيم أحياناً، فنجدها تحدث خمجاً في الخلايا المبطنة لتجويف الأذن الوسطى. تبدأ الإصابة عادة عندما

تنتقل الفيروسات التي سببت خمجاً في الأنف أو الحلق (كحالة الزكام أو الحصبة مثلاً) عبر قناة اوستاش (Eustachian tube) (القناة السمعية) إلى الأذن الوسطى، أو ربما تمر العوامل الممرضة عبر ثقبة موجودة في طبلة الأذن (راجع البحث السابق). وبشكل عام نلاحظ أن الإصابة تترافق عادة مع أرجيَّة أنفية (راجع التهاب الأنف الأرجي ص 409).

تحدث أخماج الأذن الوسطى غالباً عند الأطفال، حيث نلاحظ أن نصف الأطفال على الأقل يصابون بهذا الخمج، كما نلاحظ ميل الإصابة للمعاودة والتكرار. وبشكل عام يؤدي التهاب الجيوب المزمن إلى التهاب الأذن الوسطى (راجع ص 411).

الأعراض: يشعر المصاب بالامتلاء في الأذن متبوعاً بألم حاد واخز، مما يسبب صعوبة النوم ويعيق ممارسة العديد من الأنشطة. وهناك أعراض أخرى مثل الحمى (ارتفاع الحرارة) وفقدان السمع. وإذا كان سبب الإصابة جرثومياً ولم تعالج الحالة فربما يؤدي تجمع القيح داخل الأذن الوسطى وضغطه على طبلة الأذن إلى تمزقها وسيلان القيح إلى الأذن الخارجية، فيشعر المصاب فجأة بزوال الألم. أما الإصابات التي تسببها الفيروسات فإنها تُحدث نفس الأعراض السابقة تقريباً، لكنها بشكل عام تشفى من تلقاء نفسها ولا تحدث تمزقاً في طبلة الأذن.

المضاعفات: إن المضاعفات الناتجة عن الأخماج التي تسببها الفيروسات قليلة وغير خطرة. أما الأخماج التي تسببها الجراثيم فإنها خطرة وخاصة إذا تأخر علاجها، فقد تصبح مزمنة وقد ينتشر الخمج إلى العظم الموجود خلف الأذن المسمى النتوء الخشائي، فإذا حدث ذلك واستمر إهمال الحالة ولم تعالج، فإن المصاب قد يضطر إلى إجراء عملية جراحية تسمى عملية استئصال الخشاء (راجع ص 398)، وفي تلك الحالة يعمل شق خلف الأذن ويزال العظم المصاب.

العــلاج:

العلاج الذاتي: ينصح بتناول مسكنات ألم ووضع كمادات دافئة حول الأذن، وتنظيف مفرزات القيح بعناية إن وجدت، والإسراع في مراجعة الطبيب المختص.

العلاج الاختصاصي: لدى مراجعة الطبيب، فإنه يصف العلاج المناسب، وربما يجد حاجة إلى ثقب طبلة الأذن لتخفيف الضغط والألم، وإذا كان المريض طفلاً، فربما تُجرى له العملية في المستشفى تحت التخدير العام، مع العلم أن طبلة الأذن تلتئم تلقائياً خلال أسبوع أو اثنين.

إذا تكررت أخماج الأذن الوسطى عند الأطفال، قد تعمل الناميات الأنفية كمستودع للإصابة (راجع ص 902) وفي مثل هذه الحالة يقرر الطبيب أفضلية إزالة الناميات جراحياً.

لخماج الأذن الوسطى المزمنة (Chronic infections of the middle ear)

إن أخماج الأذن الوسطى المزمنة أكثر خطورة من أخماجها الحادة، فالخمج الحاد يظهر فجأة ويكون مؤلماً في أغلب الأحيان، ولكنه عادة يسبب ضرراً خفيفاً، أما الخمج المزمن فهو بطيء السير خفيف الأعراض، ولكنه يمكن أن يحدث ضرراً دائماً، وهو (الخمج المزمن) غالباً ما يكون نتيجة خمج أصابها أثناء مرحلة الطفولة ولم يعالج بشكل صحيح، لذلك إما أن الخمج لم يختف نهائياً وبقيت بعض الكائنات الحية الخامجة داخل الأذن، وهذه نشطت لاحقاً وسببت الخمج المزمن الحالي أو أنه شفي تماماً ولكنه ترك موضعاً معرضاً بشكل خاص لخمج آخر. وهذه الحالة تسبب إفرازاً مستمراً للقيح، وأخيراً تنثقب طبلة الأذن، وغالباً ما يحدث أذى وتخرب العظام الصغيرة في الأذن الوسطى.

إن الورم الكولسترولي (البحث التالي) هو شكل آخر من أشكال الاضطراب، ولكنه أكثر خطراً، لأنه قد يؤدي إلى شلل في الوجه أو حتى إلى خمج دماغي مميت في أسوأ حالاته.

الأعراض: إن خمج الأذن الوسطى المزمن يؤدي إلى نزٌ قيح رمادي، أو أصفر اللون من الأذن على فترات متقطعة، وربما حصل فقدان للسمع إلى درجة ما، حسب مدة الخمج.

المضاعفات: إذا وصل الخمج إلى مرحلة متقدمة فربما يمتد إلى قسم من عظم الناتئ الخشائي الموجود خلف الأذن، وعندها يجب إجراء عملية تدعى استئصال الناتئ الخشائي (ص 398)، وفي حالات نادرة من المعالجة غير الناجحة ربما تتضرر عظام الأذن مما يسبب صمماً دائماً.

العــلاج:

العلاج الذاتي: يحافظ على الأذن جافة ونظيفة وتنزع أية مفرزات بماسحة قطنية.

العلاج الاختصاصي: لدى مراجعة الطبيب فإنه ينظف الأذن ويصف مضاداً حيوياً على شكل حبوب وقطرات أذنية تتضمن مضاداً حيوياً، وربما تتطلب الحالة الاستمرار في العلاج لمدة ثلاثة أشهر. وربما ينصح الطبيب بإجراء عملية لإزالة الخمج المتبقي واستعادة السمع المفقود، وفي هذه العملية يزيل الجراح أية بؤرة مخموجة متبقية من العظم الخشائي، أو نسج الأذن الوسطى، ثم يصلح العظام الصغيرة جداً فيها، أو يستبدلها ببدائل معدنية إذا كانت متضررة بشكل كبير، ثم يرمم طبلة الأذن المهترئة بغرس نسيج صغير جداً، وفي (70%) من الحالات يمكن إصلاح المناطق المتضررة في الأذن الوسطى، وعلى الأقل يمكن استعادة بعض السمع.

فقدان السمع والمساعدات السمعية

هل أصبح سمعك ناقصاً؟ إن فقدان السمع ليس مرضاً في حد ذاته، ولكنه عَرَض لاضطراب ما مستبطن. فبعض أنواع فقدان السمع يشيع مع تقدم العمر (راجع تقدم العمر والحواس ص 953) ولكنك إذا كنت دون الخمسين من العمر وأصبح من الصعب عليك السماع، فراجع، دون تأخير، طبيباً مختصاً بأمراض الأذن، فإذا تبين له أن سمعك قليل بشكل واضح فربما تحتاج إلى فحوصات سمعية اختصاصية أخرى.

قياس السمع: يتم قياس السمع في غرفة عازلة للصوت، وأول إجراء هو قياس مدى سماعك للأصوات العادية المارة عبر أذنك. يبدأ الفحص بإصدار صوت ذي تواتر غير مسموع ثم يزاد هذا التواتر، وعندما تبدأ بالسمع فإن هذه النقطة تعرف (بعتبة ذلك التواتر الصوتي). وأما الإجراء الثاني من الفحص فيقيس مدى سماعك للأصوات المارة عبر عظام رأسك. ويكون الإجراء هنا نفس الإجراء السابق، ولكن هذه المرة ترتدي سمَّاعة خاصة تهتز على رأسك، ويتم تسجيل عتبتي كلا الإجراءين على خط بياني يدعى مخطط السمع. وبشكل عام فإن الإجراء الأول من الفحص يكشف عن فقدان السمع التوصيلي، بينما يكشف الإجراء الثاني عن فقدان السمع العصبي الحسي(ص 386).

اختبار الإعاقة: يكون ضغط الهواء داخل طبلة الأذن، في الأذن السليمة، هو ذاته خارجها، مما يسمح باهتزاز طبلة الأذن بشكل حرٍّ عندما تصطدم بها أمواج الصوت، فتمر الاهتزازات عبر الأذن، وبذلك نسمع، وتعكس الصوت مرة ثانية في الهواء. لذلك فإن الضغط المنخفض جداً أو العالي جداً المتواجد على الجهة الداخلية لطبلة الأذن يجعلها غير قابلة للاهتزاز بحيث لا تنقل ولا تعكس الأصوات بشكل مناسب.

يقيس اختبار الإعاقة قدرة طبلة أذنك لعكس الأمواج الصوتية، وهذا يشير إلى مدى سلامتها في تمرير الأمواج الصوتية إلى داخل الأذن. يقوم الفاحص بوضع مسبر مغطى بمادة عازلة للصوت في قناة أذنك الخارجية ثم يغلق مدخل الأذن، بعد ذلك يقوم جهاز لاقط بقياس الانعكاسات، بينما يستمر ضخ الهواء عبر المسبر مغيراً من الضغط في القناة بشكل سريع من العالي إلى المنخفض، وبعد النظر إلى قياس فعالية انعكاس الصوت عند ضغوط مختلفة يستطيع الطبيب أن يستنتج ما هو الخطأ.

المساعدات السمعية: معظم المساعدات السمعية الحديثة تزيد من حجم الصوت كهربائياً من خلال جهاز يوضع عادة خلف الأذن. يتضمن الجهاز ميكروفوناً دقيقاً جداً يحول الأصوات إلى إشارات كهربائية، ومكبراً يزيد من قوة الإشارات، وسماعة أذن تحول الإشارات إلى أصوات أعلى، وتزود بطارية خاصة الجهاز بالطاقة الكهربائية. ومن المهم أن تختار النوع الصحيح من المساعدات السمعية الذي يلائمك ويناسبك.

مساعد سمعي خلف الأذن: هذا الجهاز عبارة عن علبة بلاستيكية خفيفة وصغيرة توضع خلف الأذن وتحتوي على ميكروفون ومكبر وبطارية صغيرة جداً. توضع سماعة الأذن في قناة الأذن الخارجية بحيث تغلقها تماماً لكي لا يضيع أي صوت مُكبَّر، وتتصل بباقي الجهاز بواسطة أنبوب بلاستيكي صغير، ويمكن تثبيت أو وضع هذا الجهاز على القطعة الأذنية من النظارات.

مساعد أذني داخل الأذن: هذا النوع من المساعدات السمعية صغير جداً، وهو عبارة عن علبة بلاستيكية خفيفة وصغيرة جداً تحتوي على مكبر وميكروفون وبطارية، يمكن وضعها (كلها) داخل الأذن. ويتم تشكيل العلبة بحيث تدخل في قناة الأذن الخارجية وتغلقها تماماً حتى لا يضيع أي صوت مكبَّر. وأما مساوئ هذا النوع من الأجهزة فهي أنه من المزعج تعديل قوة تكبيرها للصوت.

المساعد السمعي الذي ينقل الأصوات عبر العظام: في حالة فقدان السمع بشكل كبير (راجع ص 386) يتم بث الصوت من الجهاز، ولكن ليس عبر سماعة الأذن بل عبر رفادة اهتزازية تلمس النتوء الخشائي خلف الأذن، وبذا يمر الاهتزاز عبر العظم إلى الأذن الداخلية مباشرة.

الورم الكولسترولي (Cholesteatoma)

عند بعض الأطفال، وفي سن الرضاعة، ولسبب من الأسباب، قد لا تنفتح قناة أوستاش (Eustachian tube) التي تصل بين الأذن الوسطى والأنف فالحلق، أو أن هذه القناة تنسد بسبب تكرار الأخماج في الأذن الوسطى، ونتيجة لذلك ينعزل الهواء الموجود في تجويف هذه الأذن عن الوسط الخارجي، ومن ثم تقوم الخلايا المبطنة له بامتصاص الهواء الموجود داخله، بالتدريج فينخفض ضغط الهواء في تجويف الأذن الوسطى، ويقوم ضغط الهواء الأعلى في الأذن الخارجية بدفع أضعف جزء من طبلة الأذن إلى الداخل مما يشكل جيباً فيها تتجمع فيه خلايا الجلد المتساقطة (المتوسفة) من طبلة الأذن بشكل طبيعي، وتشكل كرة تدعى الورم الكولسترولي. فإذا أصيبت هذه الكرة بالخمج، فإنها تفرز قيحاً يؤدي إلى تنخر (تفتت) العظم الذي يبطن التجويف ويسبب أذىً للعظام الدقيقة في الأذن الوسطى.

الأعراض: إن العرض الشائع لهذه الحالة هو فقدان سمع خفيف إلى متوسط الشدة، وفي بعض الأحيان ينزُّ القيح من الأذن، وهناك أعراض أخرى مثل الصداع وألم الأذن وضعف عضلات الوجه والدُوام.

المضاعفات: إذا لم يعالج الورم الكولسترولي بشكل فعال فمن الممكن أن يؤدي إلى اهتراء تجويف الأذن الوسطى، وهذا يسبب بعض الأحيان خراجاً فوق الجافية (ص 299) أو التهاب السحايا (ص 296) كما يمكن أن يتشكل أيضاً خراج خلف الأذن.

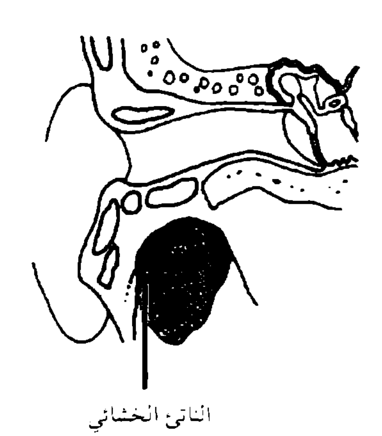
العلاج: إذا تأكد الطبيب من الإصابة بورم كولسترولي، وكان الورم صغيراً أو في مرحلته الأولية، فمن المحتمل استئصاله جراحياً وتنظيف تجويف الأذن الوسطى بشكل كامل بعملية ثانوية. أما إن كان الورم كبيراً، أو في مرحلة متأخرة، فربما كان تأذي الأذن الوسطى كبيراً، عند ذلك يصبح استئصال الورم الكولسترولي أكثر تعقيداً ويشمل عملية جراحية لإعادة بناء التراكيب السمعية وإصلاح طبلة الأذن الممزقة.

في حوالي (20%) من حالات الورم الكولسترولي يعاود الخمج مرة ثانية، وهذه الأخماج خطرة فقط إذا لم تعالج على الفور. لذلك يجب، في مثل هذه الحالات، مراجعة الطبيب مرة واحدة على الأقل كل سنة لفحص الأذنين والتأكد من خلوهما من أي خمج، وإذا تضرر السمع بشكل كبير فمن المفيد استعمال المساعدات السمعية (ص 396).

كيف يستأصل الخشاء

يستأصل الخشاء بعملية جراحية يزال فيها النسيج المخموج من الناتئ الخشائي، وهو منطقة متخربة من العظم تقع خلف الأذن. تجرى هذه العملية عادة إن انتشر خمج الأذن الوسطى إلى الناتئ الخشائي ولم يشف بعقاقير المضادات الحيوية.

قبل العملية يُحلق الشعر خلف الأذن ثم يجرى التخدير العام وبعدها يقوم الجراح بعمل شق خلف سديلة الأذن ويكشط برفق، العظم المخموج والمتخرب، ثم يغلق الشق. تستغرق هذه العملية عادة من ساعة إلى ساعتين وتتطلب فترة نقاهة لمدة أسبوعين إلى ثلاثة أسابيع، مع تجنب دخول الماء إلى الأذن لمدة شهرين أو أكثر. ولا بد من اعطاء المضادات الحيوية المناسبة لفترة زمنية كافية يقررها الطبيب.

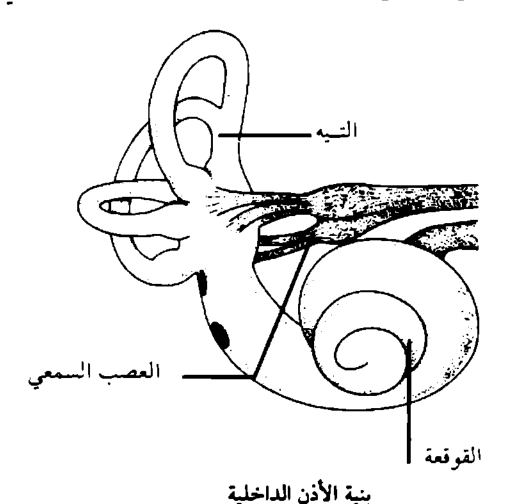




استئصال الخشاء

- 3 -
الأذن الداخلية (The inner ear)

تؤثر اضطرابات الأذن الداخلية على تركيبين هامين جداً هما القوقعة (Cochlea) التي تحول اهتزازات الصوت إلى إشارات كهربائية لنقلها للدماغ عبر العصب السمعي، والتيه (Vestibular Labyrinth) الذي يسيطر على التوازن. وإذا تضرر أحد هذين التركيبين فمن المستحيل إصلاحهما لأنهما دقيقان جداً ولا يمكن إجراء جراحة لهما. وإنَّ تضرر القوقعة أو العصب السمعي يؤدي إلى فقدان سمع حسي عصبي دائم وغير قابل للشفاء.



بنية الأذن الداخلية

التهاب التيه (Labyrinthitis)

التيه، كما أسلفنا، هو مجموعة حجيرات مليئة بسائل، إضافة إلى القريبة والكييس، وهو يسيطر على التوازن، فإذا أصيب بخمج، (ڤيروس عادة) فإن وظيفته تتعطل بشكل كامل.

الأعراض: أهم عرض لالتهاب التيه هو دوار أو دوام شديدان، ويشعر المصاب بأنه غير متوازن وأن كل شيء يدور من حوله، وتتحرك عيناه ببطء باتجاه الجوانب ثم تعودان إلى وضعهما الأصلي، وإذا حرك رأسه، حتى ولو كانت الحركة بسيطة جداً، فإن الدوار يزداد سوءاً. وفي بعض الحالات يحصل غثيان وإقياء شديدان.

المضاعفات: على الرغم من أن التهاب التيه يمكن أن يكون منهكاً، إلا أنه ليس حالة خطيرة عندما يتم علاجه بشكل صحيح. وغالباً تكون الأعراض شديدة ومزعجة بحيث أن كل المصابين بالتهاب التيه يحتاجون إلى مساعدة طبية.

العلاج: على المصاب بالتهاب التيه الاستراحة تماماً في السرير لعدة أيام، ويصف له الطبيب مهدئاً وعقاراً يستعمل لمقاومة الغثيان.

يمكن أن تكون أعراض التهاب التيه مخيفة، ولكنها إذا عولجت بشكل صحيح فإنها تشفى تماماً في معظم الحالات خلال أسبوع إلى ثلاثة أسابيع.

داء منيير (Meniere's disease)

في هذا المرض يزداد مقدار السائل الموجود في الأذن الداخلية، مما يسبب زيادة الضغط فيها، وهذا بدوره يحدث تشوهاً، وأحياناً تمزقاً في غشاء الأذن الداخلية مما يؤدي في النتيجة لاضطراب الإحساس بالتوازن (راجع كيف تعمل الأذن ص 386). وربما تتأذى القوقعة أيضاً ـ التي تجاور التيه ـ بهذا الضغط الزائد، مما قد يؤدي إلى ضعف السمع أيضاً.

يصيب المرض أذناً واحدة ثم، بمرور الوقت، يصيب الأذن الثانية. إن داء منيير مرض مجهول السبب نادر الحدوث.

الأعراض: تكون الأعراض خفيفة أو معدومة معظم الوقت، ولكنها تحدث بشكل هجمات دورية غير منتظمة تتكرر كل بضعة أسابيع أو كل بضع سنوات، وقد تدوم الهجمة بضع ساعات أو عدة أيام. والعَرَض الرئيسي للهجمة هو الدُوار أو الدُوام. وغالباً ما يصاحب هذا العَرَض ضجيج وطنين في الأذن وانعدام أو تشوه السمع، لا سيما للأصوات ذات النغمات المنخفضة. وربما يشعر المصاب أحياناً بضغط في الأذن المصابة قبل أو إبان الهجمة. وفي الحالات المستمرة تصبح الهجمات عادة أقل شدة، ولكن قد يستمر فقدان جزء من السمع والضجيج في الأذن ما بين الهجمات. وربما تعاود الهجمات الشديدة، لتصبح أكثر خطورة على نحو متزايد.

المضاعفات: في معظم الإصابات يكون الاضطراب خفيفاً ويزول عفوياً، ومع ذلك ففي حالات سيئة قليلة يحصل الصمم التام في أحد أو كلا الأذنين. وقد تكون هذه الحالات الشديدة مصحوبة بالقلق (ص 340) وصداع الشقيقة (ص 315).

العلاج: لدى مراجعة الطبيب فإنه يقيِّم المشكلة بعد إجراء عدة اختبارات خاصة.

العلاج الذاتي: عند بدء هجمة المرض ينصح المصاب أن يتمدد بسكون وهدوء، فمن شأن ذلك أن يخفف الأعراض تخفيفاً كبيراً، وخفض كمية السوائل والملح التي يتناولها.

العلاج الاختصاصي: يصف الطبيب، في معظم الأحوال، دواءً للسيطرة على الغثيان والإقياء، وربما يصف أيضاً عقاقير لطرح السوائل الفائضة من الجسم. أما إذا استمر، برغم المعالجة، وجود سائلٍ كافٍ في الأذن الداخلية يزعج المصاب، أو إذا أصبحت أعراض المرض لا تحتمل، فعندها يكون لا بد من العمل الجراحي. وفي إحدى العمليات الجراحية الممكنة يجري الطبيب ثقباً عبر عظم الأذن الوسطى وصولاً إلى الكيس الذي يتجمع فيه السائل، بقصد تحرير الفائض منه، وجعله ينساب إلى خارج الأذن، وفي حوالي (70%) من الحالات تشفي مثل هذه العملية من الدُوار، وتقي من فقدان المزيد من السمع في الأذن المصابة، أو قد تؤدي إلى تحسنه.

إذا كان المرض من الشدة بما يكفي لإحداث دُوار شديد إلى حد العجز، فقد يتوجب عندئذٍ تخريب التيه جراحياً. وقبل النصح بإجراء مثل هذه العلمية المأساوية فإن الطبيب سيأخذ بالاعتبار حالة أذن المصاب الأخرى، وعمره.

نقص السمع المهني (Occupational hearing loss)

إن التعرض الطويل والمستمر لضجيج تبلغ درجته حوالي، أو فوق، التسعين ديسيبل (Decibels) (راجع الصوت والضجيج، لاحقاً) أو العمل بأماكن كثيرة الضوضاء لفترة طويلة دون تطبيق مبدأ الحماية للآذان، مثال ذلك قيادة الجرارات، وسماع الموسيقى الصاخبة، والعمل بين آلات شديدة الضجة، وغيرها، كل ذلك سوف يؤذي خلايا السمع الحساسة الموجودة في القوقعة في الأذن الداخلية، وبالتالي سيؤدي إلى نقص جزئي أو حاد في السمع.

العلاج: إن تأذي عصب السمع أمر غير قابل للشفاء، ولذلك فإن الوقاية من أذية هذا العصب أمر على درجة كبيرة من الأهمية. لذلك إذا تعرض الإنسان لضوضاء مرتفعة عليه وضع واقيات أذن ، وهناك مخففات صوت مصممة خصيصاً لهذا الغرض. وإن كان يعمل في أجواء كثيرة الضوضاء فعليه فحص مستوى سمعه بين الحين والآخر، فإذا اكتشف فقداناً في قدرته على السمع فعليه أن يتخذ الخطوات اللازمة لمنع حدوث المزيد من الأذى (كتغيير العمل مثلاً).

الصوت والضجيج

الصوت هو سلسلة من الموجات تجول عبر الجو المحيط (الغلاف الجوي للأرض)، أما الضجيج فهو مصطلح يدل على وصف مزيج من الأصوات المرتفعة ذات نغمات متباينة وغير مستحبة.

الصوت المرتفع والضجيج العالي: يقاس الصوت أو الضجيج المرتفعان بوحدات تدعى الديسيبل (Decibel) بواسطة مقياس الديسيبل. ومن الصعب على الأذن البشرية أن تدرك الأصوات الأخفض من (10) ديسيبل، أما الأصوات في حدود (120) ديسيبل فهي مؤلمة للإنسان عادة. إن الصوت المرتفع لدرجة تحدث الألم يكون مؤذياً للأذنين ولربما يكون الأذى دائماً، لذا يجب إيقاف هذا الصوت بسرعة، أو الابتعاد عنه حماية للأذنين من الأذى. وكذلك فإن التعرض للضجيج العالي، بما يكفي لإحداث طنين مديد في الأذنين، يمكن أن يسبب عطباً دائماً في البنية السمعية الحساسة. وهنالك حدود زمنية منصوح بها لسويات التعرض للصوت نعرضها لاحقاً.

إذا كنت تتعرض بشكل متكرر لسويات ضجيج أعلى من (90) ديسيبل فقد تكون عرضة لخطر فقد السمع المهني (البحث السابق).

ـ نسبة التعرض الأقصى للضجيج المقبول في العمل حسبما يراه العلماء مقاساً بساعات العمل في اليوم.

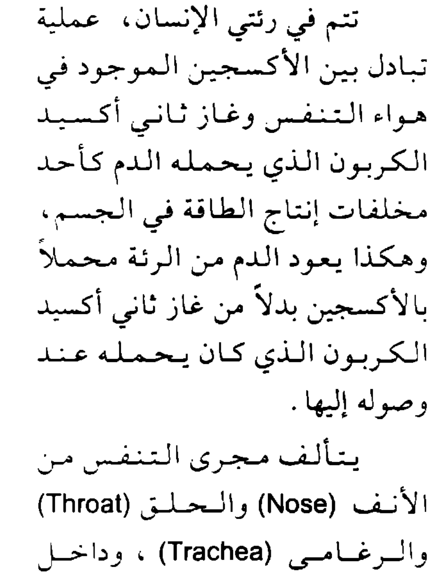
مقدار الضجيج في مكان العمل	عدد ساعات العمل المسموح بها يومياً
90 ديسيبل	8 ساعات
92 ديسيبل	6 ساعات
95 ديسيبل	4 ساعات
97 ديسيبل	3 ساعات
100 ديسيبل	2 ساعة
102 ديسيبل	1,5 ساعة
105 ديسيبل	1 ساعة
110 ديسيبل	30 دقيقة
115 ديسيبل	15 دقيقة أو أقل

فكرة عن مستوى الأصوات الطبيعية والمؤذية

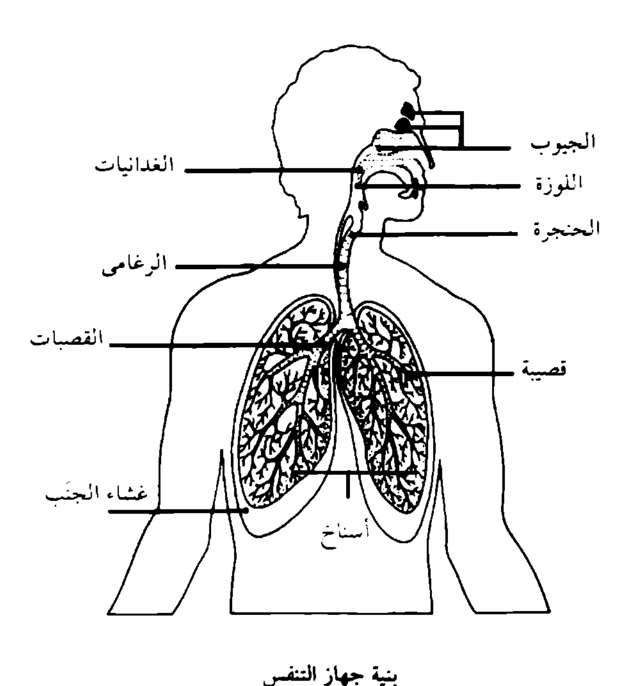
مقدار الضجيج بالديسيبل		المثال المعطى عن الضجيج
هذه الأصوات ضمن حدود السلامة	10	الصوت الناعم، همساً.
	20	صوت تكة ساعة اليد.
	30	الهمس على مسافة خمسة أمتار.
	40	الضجيج في الشارع العام (بدون وجود سيارات).
	50	داخل المنزل في المدينة.
	60	الحوار العادي بين شخصين.
	70	مطعم مزدحم.
	80	موسيقى مرتفعة.
هذه الأصوات تعرضك للأذى	90	سيارة شاحنة على مسافة خمسة أمتار.
	100	حفلة راقصة مع موسيقى صاخبة.
	110	محرك طائرة نفاثة على مسافة 240 متراً.
هذه الأصوات تؤذي سمعك حتماً	120	مطرقة حفارة آلية على مسافة متر واحد.
	130	محرك طائرة نفاثة على مسافة 30 متراً.

الفصل السادس

اضطرابات جهاز التنفس (Disorders of the respiratory system)



تتم في رئتي الإنسان، عملية تبادل بين الأكسجين الموجود في هواء التنفس وغاز ثاني أكسيد الكربون الذي يحمله الدم كأحد مخلفات إنتاج الطاقة في الجسم، وهكذا يعود الدم من الرئة محملاً بالأكسجين بدلاً من غاز ثاني أكسيد الكربون الذي كان يحمله عند وصوله إليها.



بنية جهاز التنفس

يتألف مجرى التنفس من الأنف (Nose) والحلق (Throat) والرغامى (Trachea)، وداخل الصدر. تنقسم الرغامى إلى قسمين رئيسيين يدعيان القصبتان (Bronchi)، وكل قصبة تدخل في رئة حيث تنقسم إلى ممرات هوائية أصغر فأصغر تدعى القصيبات (Bronchioles)، وفي نهاية كل قصيبة يوجد تجويف يشبه البالون يدعى السنخ (Alveoli). وهكذا يوجد حوالي 300 مليون من هذه الأسناخ في كل رئة. ويحصل التبادل بين الأكسجين وغاز ثاني أكسيد الكربون خلال أوعية دموية صغيرة في الجدران الرقيقة للأسناخ.

لكي يدخل الهواء إلى الرئتين، يستخدم الإنسان عدة عضلات أهمها عضلة الحجاب (أو الحجاب الحاجز) (Diaphragm)، الذي هو عبارة عن صفيحة عضلية بشكل قبة متصلة بالأضلاع السفلية تفصل بين التجويف الصدري والبطن. وعندما تتقلص هذه العضلة مع العضلات الأخرى الموجودة بين الأضلاع يتشكل فراغ حول الرئتين مما يسبب تمددهما، فيدخل الهواء إليهما من الوسط الخارجي عبر مجرى التنفس وهذا هو الشهيق، وعندما تسترخي هذه العضلات مرة أخرى تنضغط الرئتان فتجبران الهواء الموجود داخلهما على الخروج منهما

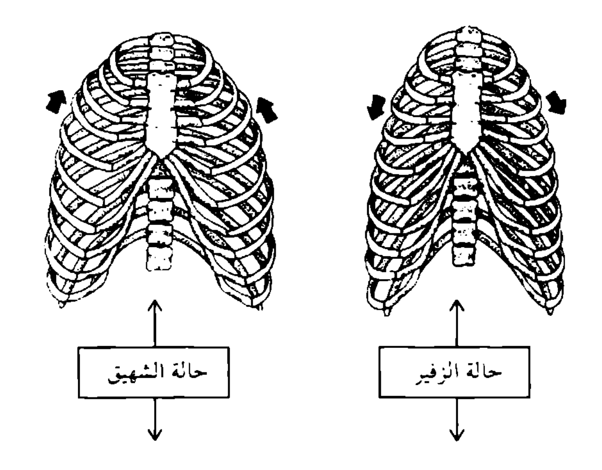
وهذا هو الزفير. فإذا كانت هذه الآلية تعمل بشكل جيد وصحيح فإنك بالكاد تلاحظ أنك تتنفس. ولكن قد يكون هناك بعض الاضطراب في الرئتين أو في الأقسام الرئيسية لمجرى التنفس أو في عمل العضلات.

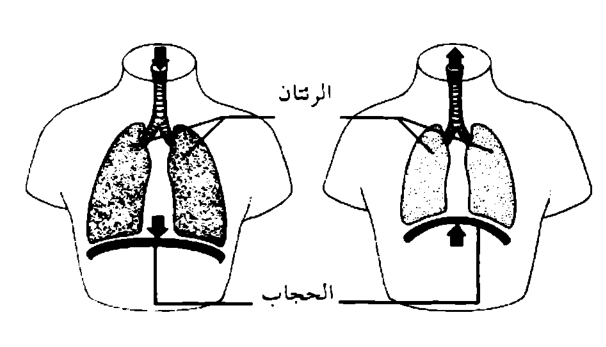
تنقسم أبحاث هذا الفصل إلى ثلاث مجموعات، تركز كل مجموعة على الاضطرابات التي تصيب منطقة واحدة من جهاز التنفس. تعالج المجموعة الأولى المشاكل التي تصيب التجويف الأنفي والجيوب (الفراغات الهوائية فوق وخلف الأنف). وتعالج المجموعة الثانية اضطرابات الحلق وتتضمن مشاكل الحنجرة المتوضعة أعلى الرغامى ومشاكل البلعوم، وهو القناة التي تصل من التجويف الأنفي وخلف الفم باتجاه الأسفل إلى حيث ينفصل المريء، الذي يحمل الطعام والماء إلى المعدة، عبر الرغامى. وتعالج المجموعة الثالثة الأمراض العامة للرغامى والرئتين وآلية التنفس.

نظرة على جهاز التنفس

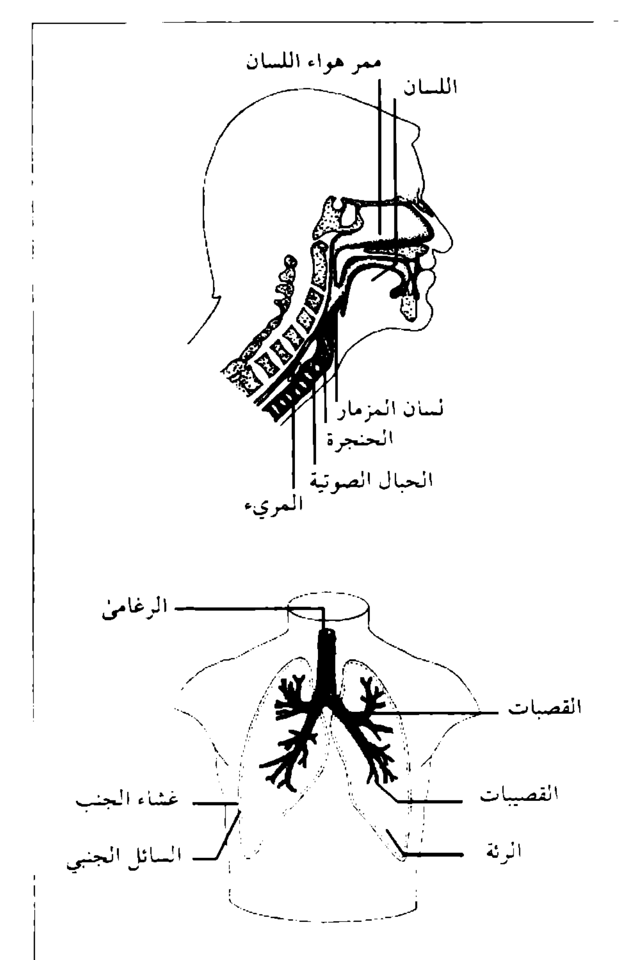
كيف تتنفس: تتم تدفئة وترطيب الهواء الذي يدخل إلى الرئتين عبر الأنف، عن طريق شبكة أوعية دموية صغيرة قريبة جداً من سطح غشاء التجويف الأنفي، وذلك قبل أن يمر إلى الرئتين. بالإضافة إلى ذلك تُشكِل الأشعار الصغيرة، التي تبطن الأنف، جهاز ترشيح لمنع دخول الجراثيم أو أية أجسام غريبة إلى الرئتين (كجزيئات الغبار).

عندما يكون الحجاب الحاجز مسترخياً (أي في حالة الزفير) فإنه يأخذ شكل القبة، وعندما يتقلص (في حالة الشهيق) فإنه ينبسط، وفي نفس الوقت تتقلص العضلات الموجودة بين الأضلاع وتسحب القفص الصدري نحو الأعلى والخارج، فتزيد هذه الحركات من حجم الصدر بحيث تتمدد الرئتان وتسحبان الهواء إلى داخلهما. وكلما كانت هذه العضلات أقوى كلما كان الهواء الذي يدخل إلى الرئتين أكثر. ويحدد معدل الشهيق





القفص الصدري



والزفير بشكل رئيسي بكمية غاز ثاني أكسيد الكربون الموجود في الدم والذي يجب طرحه. وعندما يكون المرء في حالة الشهيق يرتفع قفصه الصدري للأعلى والخارج وتتمدد رئتاه للأعلى والخارج في نفس الوقت. وعندما يكون في حالة الزفير، تسترخي عضلات الصدر والحجاب مما يجعل القفص الصدري ينخمص (ينكمش). وأما الرئتان فهما مرنتان جداً لذلك فإنهما تتقلصان وتعصران الهواء نحو الخارج، مع العلم أن هذا الهواء، هواء الزفير، يتضمن بعض الأكسجين وإلا فلن ينفع الانعاش القلبي الرئوي في إعادة التنفس في حالة الطوارئ.

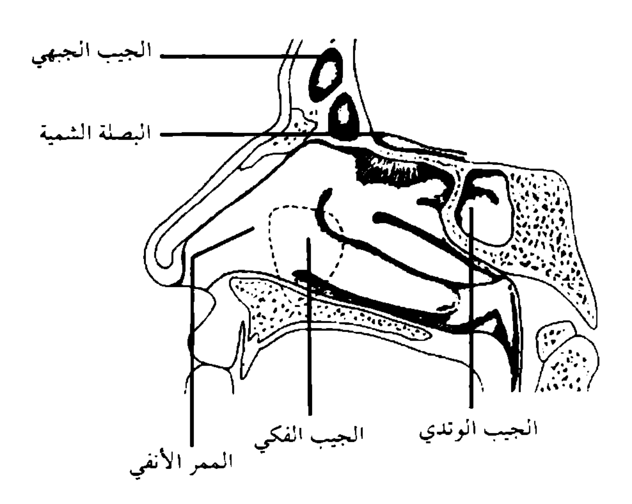
غشاء الجنب: إن كل رئة محاطة بغشاء رقيق يدعى الجنبة أو غشاء الجنب (Pleura)، ينطوي على نفسه ليشكل طبقة مزدوجة تحيط بالرئتين. وهناك فراغ صغير جداً بين هاتين الطبقتين يحتوي على كمية قليلة من سائل. تتصل الطبقة الداخلية بالرئة وتتصل الطبقة الخارجية بالقفص الصدري. أهم وظائف هذا الغشاء هي تزليق الرئتين كي تستطيعا التمدد والتقلص بشكل ناعم ونظامي (أي تسهل حركة الرئتين).

- 1 -
الأنف (The nose)

الأنف هو مدخل الهواء المهم لجهاز التنفس، وهو مبطن بغشاء يحوي أوعية دموية صغيرة جداً قريبة من السطح. وتحتوي مقدمة الأنف أيضاً على أشعار واقية، وكذلك فإن بطانته تقوم بترشيح وترطيب وتدفئة هواء التنفس أثناء مروره من الممر الأنفي باتجاه الحلق والرئتين. يسير الممر الأنفي بمحاذاة قبة الحنك (سقف الفم) الذي يفصل الأنف عن الفم ثم يتجه نحو الأسفل ليتصل بالممر القادم من الفم إلى الحلق. إن الممر الأنفي ليس أنبوباً بسيطاً، فهناك سلسلة حواجز تدعى القُرنيات تجعل الممر ملتوياً أكثر منه مستقيماً. وفي عدة أماكن أيضاً ينفتح

الممر بشكل جيوب، وهي أزواج من تجاويف مملوءة بالهواء في عظام الجمجمة. وتنتشر أخماج الأنف المدروسة في هذا الفصل أحياناً إلى الجيوب، وإلى باقي جهاز التنفس.

الأنف أيضاً هو عضو الشم وبدونه لا يُمكن شم أية رائحة، فإذا حصل أي اضطراب فيه فإن حاسة الشم تتعطل. أما فقدان حاسة الشم بشكل دائم فهو أمر نادر المشاهدة.

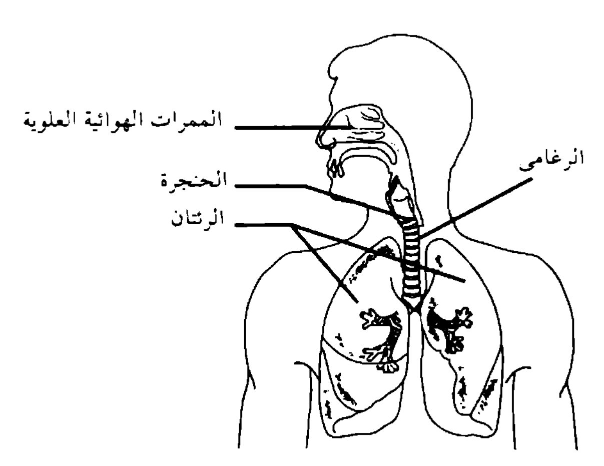


الممر الأنفي والجيوب الأنفية
يرتبط الممر الأنفي بثلاثة أزواج من الجيوب أو الأجواف الممتلئة بالهواء الواقعة في الجمجمة. تتوزع نهايات العصبين الشميين الشبيهة بالأشعار في الممر الأنفي. وتقوم هذه النهايات باكتشاف الروائح في الهواء وتنقل المعلومات إلى البصلة الشمية في الدماغ.

الزكام (Colds)

إن المرض الذي ندعوه بالزكام، هو مجموعة اعتلالات ثانوية سببها واحدة من مجموعة ڤيروسات مختلفة، وينحصر الزكام العادي أو الزكام الرأسي عادة، في الأنف والحلق، ولكن بإمكان الڤيروس ذاته أن يصيب الحنجرة أيضاً (راجع التهاب الحنجرة ص 416) والرئتين (راجع التهاب القصبات الحاد ص 419)، ويتبع هذه الأخماج الڤيروسية (كاختلاطات)، بعض الأحيان، أخماج جرثومية خطيرة تصيب الحلق أو الرئتين أو الأذنين.

جميعنا يُصاب بالزكام، ومعظم الناس يُصابون به، للمرة الأولى، أثناء السنة الأولى من حياتهم، ومعظم الأطفال معرضون بشكل كبير للخمج الڤيروسي الأنفي



قد يصيب الزكام أي جزء تقريباً من الجهاز التنفسي. يعني كل من العطاس والسيلان الأنفي أن السبيل التنفسي العلوي مصاب. قد ينتشر الخمج أيضاً إلى الرغامى فيسبب السعال، أو إلى الحنجرة فيسبب البحة، وأحياناً تنخمج الرئتان مما قد يسبب التهاب القصبات.

بين عمر السنة والثلاث سنوات، ومن ثم يصبح لديهم مناعة ضد العديد من الفيروسات المعروفة في بيئاتهم. وتزداد فرص الإصابة بالزكام، مرة ثانية، أثناء السنوات الأولى من المدرسة لأن بيئة المدرسة تحتوي على أنواع جديدة من الفيروسات. ومعظم الناس يكتسبون مناعة أكبر كلما تقدموا في العمر فتقل إصابتهم بالزكام الحاد. (راجع الزكام الحاد لدى الأطفال ص 907).

وللفائدة نقول: لا توجد دراسة تثبت أن الإنسان يحمي نفسه من الإصابة بالزكام إذا تناول حبوب الفيتامينات بانتظام، بما في ذلك فيتامين (C)، كما أن هذه الفيتامينات لا تشفي من الزكام أيضاً. ولا يوجد أي برهان علمي يؤكد أن التعرض للتيارات الهوائية أو بلل الأقدام بالماء يؤدي إلى الزكام.

أين يضرب الزكام؟ يصيب الزكام تقريباً أي جزء من الجهاز التنفسي. فالعُطاس وسيلان الأنف يعنيان أن القسم العلوي من الجهاز التنفسي هو المصاب، وربما يصيب هذا الخمج الفيروسي هذا الجهاز ويهيجه مسبباً السعال، أو يصيب الحنجرة، فيجعل الصوت خشناً أو أجشاً، وأحياناً تصاب الرئتان مما يؤدي إلى التهاب القصبات الهوائية.

الأعراض: تعتمد الأعراض، إلى حد ما، على نوع الفيروس المسؤول عن الزُكام. وتتضمن الأعراض الرئيسية سيلان الأنف، عُطاس، عيون دامعة، التهاب حلق، بُحة، وسُعال. في البداية تكون إفرازات الأنف مائية نوعاً ما، ثم تصبح صفراء مخضرة كثيفة. وربما يحدث صداع وارتفاع خفيف في الحرارة، مما يسبب قشعريرة، أما ارتفاع الحرارة العالي جداً وآلام الجسم العامة فتشير إلى أعراض الأنفلونزا (ص 733).

كل شخص، بغض النظر عن عمره أو جنسه، سيصاب بزكام عَرَضي. ولا أحد يعرف تماماً كيف ينتشر الزكام. ويبدو أن إحدى طرق انتشاره تكون عبر الاتصال المباشر مع الأشخاص الآخرين المصابين به، كما أن العُطاس والسُعال أيضاً ينشران الفيروسات في الهواء. وتقل الإصابة بالزكام عادة في المجتمعات المعزولة حيث يصبح كل شخص مكتسباً لمناعة ضد الفيروسات المنتشرة في تلك المجتمعات، في حين يتفشى الزكام عادة بعد وصول أغراب مصابين إلى مجتمع ما.

بعض الأعراض تجبر المصاب على مراجعة الطبيب في الحال، وهي تتضمن ألماً في الأذن، وفي الوجه أو الجبهة وارتفاع درجة حرارة إلى [39] درجة مئوية وكذلك مجموعة أعراض أخرى، كالبحة والتهاب الحلق ولهاث في التنفس وأزيز وسعال مؤلم وجاف.

المضاعفات: يختفي الزكام العادي، عادة، خلال أربعة إلى سبعة أيام، وإن صاحبه خمج جرثومي فيجب أن لا يدوم زكام الرأس أكثر من أسبوع. ولكن لأن المجرى التنفسي هو سلسلة من الفراغات المتصلة ببعضها بواسطة ممرات خاصة، فيمكن أن ينتشر الخمج من

الأنف والحلق إلى الأذن الوسطى أو الجيوب أو الحنجرة أو الرغامى أو الرئتين، وقد تؤدي هذه الأخماج الثانوية إلى اضطرابات خطيرة في المجرى التنفسي.

العلاج: على كل شخص يُصاب بالزُكام أن يبقى منعزلاً في البيت، إن أمكن. هذا الإجراء هو لحماية الأشخاص الآخرين من الإصابة، ويعطي المصاب فرصة للاستراحة ولاسترداد قوته وتصبح استشارة الطبيب ضرورية إذا استمر الزكام لأكثر من عشرة أيام، أو إذا ظهرت أعراض دلت على أن الخمج قد انتشر إلى أبعد من الأنف والحلق، أو إذا كان المريض غالباً ما يُصاب بالتهاب القصبات، أو بأخماج في الأذن.

العلاج الذاتي: لا توجد طريقة لعلاج الزكام العادي، ولكن هناك فقط بعض النصائح الجديرة بالاتباع، كالاستراحة في البيت في غرفة معتدلة التدفئة، وزيادة رطوبة الهواء باستعمال نوع من جهاز التبخير أو الترطيب، أو بوضع وعاء فيه ماء على المدفأة، وشرب الكثير من السوائل، وتناول حبة أسبرين واحدة أو اثنتين في الليل لتخفيف أي صداع أو آلام للمساعدة على النوم. ربما تعطي الحبوب الخاصة بتخفيف أعراض الزكام، المتوفرة في الأسواق، وشراب السعال وبخاخات الأنف راحة مؤقتة، ولكن يجب الاعتدال في استعمالها جميعاً، لأنها لن تشفي الزكام بل تعطي بعض الراحة.

العلاج الاختصاصي: يمكن إعطاء المصاب بالزكام أدوية داعمة تخفف من أعراض الزُكام وتمنع ظهور مضاعفاته. وإذا كان المصاب لديه هجمات معاودة من التهاب القصبات أو من أخماج الأذن المتكررة، فعليه أن يستشير الطبيب لدى أول إشارة من زكام الرأس.

تنبيه:

يضع الشخص المصاب بالزكام يده، عادة وبشكل عفوي، على فمه وأنفه خاصة عندما يسعل أو يعطس، فإذا صافح إنساناً آخر سليماً فإن الڤيروسات الممرضة قد تنتقل عن هذا الطريق وتسبب الزكام للشخص السليم.

علاج ذاتي لسيلان الأنف وصعوبة التنفس بسبب الزكام

العديد من الاعتلالات، المدروسة في هذه الصفحات، تسبب إفرازات أنفية، ورغم أن بعض الإصابات، كالزكام العادي مثلاً، لا تشفى بإجراءات العلاج الذاتي، إلا أنه يمكن تخفيف الإزعاج الذي تسببه بتطبيق هذه الإجراءات البسيطة، وتذكر دائماً أن بطانة الممر الهوائي للأنف هشة وتحوي العديد من الأوعية الدموية الدقيقة، تحت سطحها تماماً، لذلك لا تنفَّ بعنف لأن ذلك يسبب نزفاً أنفياً.

استنشاق البخار: في الأسواق اليوم مستحضرات عديدة متوفرة، تحتوي عادة على منتول (Menthol) أو على مادة مشابهة له يمكن إذابتها في الماء الحار، واستنشاق البخار المتصاعد منها عبر الأنف، بشكل جيد (حاذر أن يكون البخار حاراً جداً عند استنشاقه كي لا تؤذي نفسك).

نف الأنف: يفضل أن تنفَّ في منديل ورقي وترميه بعد ذلك في القمامة. ونف فتحة واحدة من أنفك بعد الأخرى، وذلك بتسكير إحدى الفتحتين بالضغط عليها بإصبعك وترك الأخرى التي تنفها مفتوحة. ولا تنفخ أثناء النف بشدة خاصة إن كان أنفك مغلقاً بشكل كلي أو جزئي لأن ذلك يجعل الهواء يمر إلى قناة أوستاش (Eustachian) ومنها إلى الأذن الوسطى وربما مزق أو أضر بطبلة الأذن.

استعمال الأدوية: تتوافر في الأسواق مستحضرات تستعمل لتقليص وتجفيف النسيج المتنفخ الذي ينتج المخاط داخل الأنف والجيوب، ولتمييع المخاط المتبقي وتحريره، وهي متوفرة كحبوب أو بخاخات أو قطرات، فإذا استعملتها فلا تتجاوز الجرعات المذكورة في تعليماتها (أو إرشادات طبيبك)، هذا التجاوز قد يؤدي إلى رد فعل ارتدادي حيث تفرز النسج مخاطاً أكثر من قبل، ولا تستعملها أيضاً لفترة طويلة لأن ذلك يؤدي في النهاية إلى تضرر وتندب النسج الأنفية مما يسبب مشاكل أخرى.

التهاب الأنف الأَرَجي (Allergic rhinitis)

الاسم الشائع لالتهاب الأنف الأَرَجي هو حمى الكلأ، وهو يشبه الربو (ص 422) لكنه يختلف عنه من ناحية واحدة. ففي الربو، تسبب المادة المحمولة بالهواء تفاعلاً أرجياً، أو فرط أرجية في الرئتين والصدر. أما في التهاب الأنف الأرجي فيظهر التفاعل الأرجي في العينين والأنف والحلق. يؤدي التعرض لمُهيج محمول بالهواء، يُعرف باسم المُؤَرِّج، إلى إطلاق مادة كيميائية في الجسم تُدعى الهيستامين. وتحرر الهيستامين يسبب التهاباً وإفراز سوائل في البطانة الرخوة للممر الأنفي والجيوب والأجفان وسطح العينين.

إن سبب وجود الأَرَجية لدى بعض الأشخاص، تجاه غبار الطلع وبعض المواد الأخرى المحمولة في الهواء، غير معروف، ويفترض أن هناك اختلافاً في أجهزة المناعة الطبيعية للأشخاص. ونظراً إلى أن الأمراض ذات الأساس الأرجي، مثل الربو والتهاب الجلد (الأكزيما) بالتماس والتهاب الأنف الأرجي، غالباً ما يتواتر ظهورها أسرياً فيحتمل أن يكون جزءٌ من سبب حدوثها وراثياً.

إن كنت مصاباً بالتهاب الأنف الأَرَجي فإنك تتفاعل تجاه مؤرجات محددة. على سبيل المثال، إذا كان لديك حمى غبار الطلع، وهي الشكل الأكثر مشاهدة من أشكال هذا الاضطراب، فمن الممكن أن تكون متأرجاً تجاه غبار الطلع العشبي، الذي يكون وفيراً في بداية فصل الصيف، أو تجاه غبار الطلع للأشجار، الذي يمكن أن يملأ الجو في الربيع، أو تجاه غبار الطلع الذي يتناثر من النباتات التي تزهر في الخريف. وبالإضافة إلى غبار الطلع، فإنه غالباً ما تكون أية مادة منقولة في الهواء، ناتجة عن كائنات حية، مسببة لالتهاب الأنف الأَرَجي، كالعوالق الموجودة على جلد الحيوانات. وربما يصبح لديك أَرَجيَّة تجاه غبار المنزل أو تجاه السوس (حشرة تأكل الخشب) الذي يعلق بالغبار.

هناك نوعان من التهاب الأنف الأرَجي، فصلي وحولي، فالفصلي يزعج فقط أثناء جزء من السنة، لأن الأرَجية تكون تجاه مادة ليست موجودة في الجو على مدار السنة. لكن التهاب الأنف الحولي يزعج على مدار السنة، ويكون سببه التعرض لمادة منقولة في الهواء يمكن أن تكون موجودة في أي وقت من أوقات السنة.

الأعراض: إن كنت مصاباً بالتهاب الأنف الأرَجي فإنك سوف تعطس باستمرار، وتسيل السوائل من أنفك وتحمر عيناك وتدمعان وتصبحان حاكتين في حين أن فركهما وحكهما يجعل الحالة أسوأ، ويمكن أيضاً ظهور حكة في الجلد وجفاف في الحلق وصفير عند التنفس. وإن كنت مصاباً بحمى الكلأ فإن الأعراض تكون أشد عندما يتواجد غبار الطلع بكثرة في الهواء. وتميل الأعراض للاشتداد على نحو خاص خلال فترات دورية تمتد كل منها 15 ـ 30 دقيقة. وتُدعى هذا الفترات بالهجمات الأرجية، ولأن المواد المسببة لها والمحمولة في الهواء تكون صغيرة جداً بحيث لا يمكن رؤيتها، فمن الصعب اتخاذ الاحتياطات تجاهها لتجنب الهجمة. على سبيل المثال، إذا كنت تتأرج من شعر القطط (أو ريش الطيور) فربما تبدأ بالعطاس حالما تدخل غرفة فارغة، بسبب تواجد أجزاء صغيرة من الشعر أو (الريش) الغير مرئيين في هواء الغرفة من بقايا سابقة لقطة (أو طير) كانت موجودة فيها.

التهاب الأنف الأرَجي اضطراب شائع جداً، ورغم أن الاعتقاد السائد هو أنه من أمراض الطفولة ويزول في مرحلة متأخرة من سن اليفع أو في بداية العشرينيات من العمر، فإن هذا الاعتقاد ليس بالضرورة صحيحاً. إذ يمكن أن يحدث هذا الاضطراب في أي عمر. لذلك فأنت معرض للإصابة به خاصةً إن كنت تحت الأربعين من العمر ولديك أَرَجيَّة أخرى مثل الربو أو التهاب الجلد، أو إن كان أحد أفراد أسرتك مصاباً باضطرابات مماثلة.

يتفاعل العديد من الأشخاص تجاه أكثر من مؤرج واحد، كما أن بعض الأشخاص يصابون بكل من هجمات التهاب الأنف الأرجي الفصلية والحولية.

المضاعفات: لا يوجد خطورة على الصحة أو الحياة من الإصابة بهذا الاضطراب وليس له أية مضاعفات هامة تذكر.

العلاج: قد ينصح الطبيب الشخص المصاب بالتهاب الأنف الأرَجي بالابتعاد عن استعمال الأدوية الخاصة بعلاج هذه الحالة لأن لها تأثيرات جانبية قد تكون أشد خطورة من المشكلة نفسها. وفي حال عدم معرفة سبب الإصابة بالتهاب الأنف الأرَجي فربما يقترح الطبيب إجراء فحوص للجلد لمعرفة المواد التي تسبب الأرجية.

العلاج الذاتي: ينصح المصاب بحمى الكلأ، بالبقاء في المنزل قدر الإمكان خلال فصل غبار الطلع، وتجنب استعمال عدسات لاصقة لأنها تسبب ازدياد وخز العينين، وعدم فرك العينين. أما إذا كانت الأرجية حولية أكثر منها فصلية فعلى المصاب معرفة المواد المسببة له

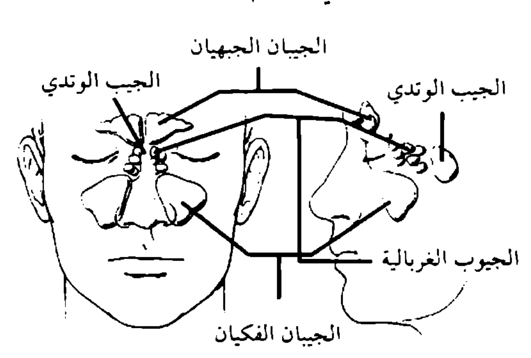
واتخاذ إجراءات الوقاية منها أو التقليل من التعرض لها واتباع نصائح العلاج الذاتي تجاه الربو (ص 422) أيضاً، فهي مفيدة للأشخاص الذين يعانون من التهاب الأنف الأَرَجي.

مهما تكن الأرجية حولية أم فصلية فإن هناك عدة أدوية تخفف من أعراضها، والأدوية المتوفرة بكثرة هي مضادات الهيستامين التي تتميز بقدرتها على منع الهجمات أو إيقافها. وحتى يكون هذا الدواء فعالاً يجب أخذه بشكل منتظم ولعدة أيام. إن بعض الأعراض الجانبية لمضاد الهيستامين هي الدوخة وجفاف الحلق والأنف، وربما تكون هذه الأعراض مزعجة أكثر من التهاب الأنف الأَرَجي ذاته. وقد يؤدي استعمال مضاد الهيستامين إلى الشعور بالنعاس لذلك يجب عدم تناوله أثناء قيادة سيارة أو تشغيل آلة ما. ولتخفيف جفاف الأنف بشكل سريع، يمكن استعمال مخفف للاحتقان الأنفي، أو بخاخ للحلق يخفف من حدة هذا الاحتقان خلال دقائق. والنصيحة هي عدم استعمال مثل تلك الأدوية بشكل دائم لأن ذلك يزيد من حدة الأعراض بدلاً من أن يخففها.

العلاج الاختصاصي: إن جميع الأدوية المستعملة لمكافحة هذه الحالة تكبح الأعراض فحسب، لكنها لا تغير التفاعل الأرجي الأساسي (أي أنها غير شافية). والشفاء الوحيد المحتمل من التهاب الأنف الأرجي يتم بتناول سلسلة من الحقن المصممة لإزالة تفاعل الجهاز المناعي نحو المؤرِّج أو المؤرجات المسببة للمشكلة، وهذا ممكن فقط إذا تم إجراء اختبار جلدي وأمكن التعرف على المادة أو المواد المؤرجة، وعندئذٍ تقوم المعالجة على حقن سلسلة من الحقن الحاوية على تراكيز قوية متزايدة من مؤرج معين على أمل إيقاف التفاعلات الأرجية، مع العلم أن هذه المعالجة لا تعتبر ناجحة تماماً، وتستغرق وقتاً طويلاً لإكمال سلسلة الحقن، وكذلك فإنها قد لا تفيد أبداً.

التهاب الجيوب (Sinusitis)

الجيوب عبارة عن فجوات مملوءة بالهواء توجد في عظام الرأس خلف وفوق الأنف. والتهاب الجيوب هو خمج في الغشاء المخاطي المبطن لها تسببه الجراثيم أو الفيروسات. وإن الجيوب الجبهية الموجودة في داخل الجبهة فوق العينين تماماً، والجيوب الفكية الموجودة داخل عظام الوجنتين هما الأكثر تعرضاً للأخماج.



يشير الألم فوق إحدى أو كلا العينين إلى التهاب الجيوب الجبهية أما التهاب الجيوب الفكية فنادراً ما يسبب ألماً في الوجنتين.

يدخل العامل المسبب للخمج بسهولة من خلال فتحة الأنف، لأن الغشاء المخاطي المبطن للتجويف الأنفي الرئيسي يمتد إلى الجيب الفكي، كما توجد فتحات للتهوية تصل بين فتحة الأنف والجيوب.

يتعرض الإنسان للإصابة بالتهاب الجيوب عادة بعد إصابته بالزكام، وهنا يكون ڤيروس الزكام هو العامل الممرض، لكن الحالة تتفاقم وتزداد سوءاً عندما يحدث خمج جرثومي مرافق.

الأعراض: بعد عدة أيام من الإصابة بالزكام، يبدأ انسداد الأنف بالازدياد، كما تزداد المفرزات المخاطية ويكون لونها مائلاً إلى الأخضر، ثم ينسد الممر الهوائي بين الأنف والجيب فتتوقف المفرزات عن السيلان، ويحتقن الأنف فيستحيل على المصاب التنفس من أنفه، ويشعر بالمرض بشكل عام ويصبح نطقه أنفياً.

عندما يلتهب أحد الجيبين الفكيين (أو كلاهما)، فإنه يسبب ألماً في إحدى الوجنتين أو فيهما كلتاهما، ويكون هذا الألم مشابهاً لآلام أسنان الفك العلوي الخلفية، مع العلم أن إصابة تلك الأسنان بالخراجات تؤدي أحياناً إلى إصابة الجيوب الوجهية بالخمج أيضاً، بسبب قرب ذروة جذورها من الجيب أو وقوعها داخله، مما يتطلب مراجعة طبيب الأسنان لعلاج التهاب الجيوب من هذا المصدر.

عندما يلتهب الجيب الجبهي يُصاب المريض بصُداع شديد وألم فوق إحدى عينيه أو كلتيهما، ويكون الألم في أشد درجاته عند الاستيقاظ من النوم صباحاً وعند تحريك الرأس إلى الأمام أو الأسفل، كما يصبح الجبين مؤلماً بالضغط عليه.

التهاب الجيوب مرض شائع يصيب كثيراً من البشر، ومع أن بعض الناس لا يصابون به إطلاقاً فإن بعضهم يصاب به بعد كل إصابة زكام، وآخرون يصابون به إذا قفزوا إلى الماء دون سد فتحتي الأنف، أو من تلقي ضربة على عظام الأنف، أو من دخول جسم غريب عبر فتحتي الأنف، كما أن المصابين بانحراف الوتيرة (وتيرة الأنف) معرضون للإصابة بالتهاب الجيوب بنسبة أكبر بسبب سد الوتيرة المنحرفة للممرات الهوائية بين الأنف والجيوب.

المضاعفات: لا توجد خطورة تذكر من الإصابة بالتهاب الجيوب في هذه الأيام بسبب انتشار علاجها بالمضادات الحيوية الفعالة.

العـلاج:

العلاج الذاتي: ينصح المصاب بهجمة التهاب جيوب، بالراحة التامة في المنزل، في غرفة معتدلة التدفئة، ذات هواء نظيف ورطوبة عالية (يمكن ترطيب هواء الغرفة بواسطة جهاز التبخير، أو بوضع وعاء فيه قليل من الماء على المدفأة مثلاً)، كما يمكن استنشاق البخار مباشرة من إناء فيه ماء يغلي مع الحذر من إحداث أية حروق في الوجه، وننصح بإضافة البابونج أو أوراق الأوكاليبتوس إلى الماء، وتركه يغلي واستنشاق البخار المتصاعد منه (تبخيرة).

العلاج الاختصاصي: ينصح الطبيب عادةً بأخذ المضادات الحيوية واسعة الطيف ومضادات الاحتقان أو نقوط للأنف، فمضادات الاحتقان تخفف من تورم الغشاء المخاطي وتُوَسِّع مجاري الهواء، لكن استخدامها بشكل عشوائي، قد يكون ضاراً. أما إذا استمر التهاب الجيوب وازداد سوءاً ولم يستجب للعلاج، عندها قد يلجأ الطبيب الجراح إلى غسل الجيوب بإجراء عملية جراحية بسيطة، حيث يخرق العظم بين الأنف والجيب محدثاً فتحة صغيرة يُجري من خلالها عملية غسل للجيوب بمياه معقمة، وفي نفس الوقت يأخذ عينة من المادة الموجودة داخل الجيوب لإجراء عملية زرع وتحسس عليها لمعرفة الجرثوم المسبب للمرض والمضاد الحيوي الأكثر فعالية تجاهه مما يساعد كثيراً على العلاج والشفاء، ولكن بعض المرضى يضطرون لتكرار إجراء هذه العملية في فترات مختلفة، عندما يزمن الالتهاب.

السليلة الأنفية (The nasal polyp)

في بعض الأحيان قد يتمدد جزء من الغشاء المخاطي، الذي يبطن الأنف، ويبرز نحو التجويف الأنفي مشكلاً ما يعرف بالسليلة الأنفية.

تتشكل السلائل الأنفية بسبب إنتاج مفرط للسائل من خلايا الغشاء المخاطي، وهذا يمكن أن يحدث بسبب إصابات مرضية كإصابة التهاب الأنف الأرجي (ص 409).

إن هذه السلائل غير ضارة، ولكن سليلة واحدة كبيرة، أو عدة سلائل صغيرة، قد تسد مجاري الأنف وتجعل التنفس صعباً وتعيق حاسة الشم. فإذا انسدت فتحة بين التجويف الأنفي وأحد الجيوب بواسطة سليلة، فقد يحدث صداع أو ألم في عضلات الوجه.

العلاج: إن الطريقة الوحيدة لعلاج السلائل الأنفية هي استئصالها جراحياً بعملية جراحية بسيطة تجرى تحت التبنيج الموضعي ومن ثم محاولة السيطرة على العامل أو العوامل المسببة لها، أما إذا قرر الطبيب استئصال السليلة وتوسيع فتحات الجيوب الأنفية فتجرى العملية بواسطة المنظار وقد تتطلب تبنيجاً عاماً.

انحراف الوتيرة (Deviated septum)

إذا كانت الوتيرة الأنفية، أو الجدار الموجود بين المنخرين، شديدة الانحناء، فإن ذلك يجعل المجرى الهوائي في الأنف ضيقاً في جانب واحد مما قد يعيق مرور الهواء وبالتالي يجعل التنفس صعباً نوعاً ما.

إن انحراف الوتيرة بشكل كبير ليس شائعاً، وغالباً ما يحدث بسبب أذية ما، ومع هذا يبدو الأنف، من الظاهر، مستقيماً، ولا يوجد أعراض مهمة لهذه الحالة غير مشكلة إعاقة التنفس الخفيفة، وفي حالات نادرة يوجد ميل متزايد للإصابة بالتهاب الجيوب.

يمكن تصحيح انحراف الوتيرة بعملية جراحية يزال أثناءها الغضروف المنحني، إذا كان الانحراف مزعجاً، ولكن معظم المصابين يعيشون ويتعايشون مع هذا الانحراف.

الخُشام (Anosmia)

الخُشام يعني فقدان حاستي الشم والتذوق بشكل دائم. وعادة، يحدث الخشام بسبب أية حالة مزمنة كالتهاب الأنف الأرجي (ص 409) أو السلائل الأنفية (ص 413). وفي حالات نادرة يسببه أيضاً ورم في الدماغ (ص 309). وربما حدث الخُشام بسبب أذية في الرأس لأن مثل هذه الحوادث تؤذي أعصاب الشم أحياناً، وهي الأعصاب التي تحمل إحساسات الشم كنبضات كهربائية من الأنف إلى الدماغ.

العلاج: يستطيع الطبيب أحياناً معالجة بعض حالات الخُشام، ولكن إذا كانت الأعصاب الشمية قد تضررت فإن الشفاء يصبح بعيد المنال.

الرُّعاف (نزف الأنف) (Nosebleed)

يحدث الرُّعاف عادة من منخر واحد وبشكل مفاجئ، مع ميل ذلك إلى المعاودة عدة مرات، وبدون سبب واضح، إلا في حالة أذية الأنف (الرض). ومن الأسباب الشائعة للرعاف، الزُكام أو الأخماج الأنفية. وبشكل عام لا تدعو نزوف الأنف إلى القلق لأنها نادراً ما تكون عَرَضاً لأي اضطراب آخر، مع العلم أن بعض الاضطرابات العامة، كقلة الصفيحات (ص 525) يمكن أن تسبب نزوفاً أنفية، ولكن في مثل هذه الحالات يوجد عادة نزوف في مناطق أخرى من الجسم، مثل اللثة وتحت الجلد.

العــلاج:

العلاج الذاتي: يجلس المصاب بالرعاف ويحني رأسه نحو الأمام ويتنفس من فمه، ويغلق القسم الأسفل (الطري) من أنفه وذلك بالضغط عليه بباطن الابهام والسبابة، ويستمر في الضغط لمدة (5 ـ 10) دقائق، هذا الإجراء عادة يوقف معظم نزوف الأنف، وبعدها على المصاب عدم النف من أنفه لمدة اثنتي عشر ساعة، وبعدها عليه أن ينف برفق وهدوء حتى لا تتحرك الخثرة التي أوقفت النزف.

العلاج الاختصاصي: إذا لم يفد العلاج الذاتي، ولم يتوقف النزف خلال عشرين دقيقة، يراجع الطبيب أو المستشفى كحالة طارئة، حيث يتم دك المنخر النازف بشرائط من الشاش تترك داخل المنخر لعدة ساعات، والهدف من دك هذه الشرائط من الشاش هو الضغط على أوعية الدم الممزقة لإيقاف النزف. فإذا استمر النزف ولم يتوقف، أو عاود مرة أخرى، فربما كان من الضروري كيُّ المنطقة النازفة أو إغلاقها بواسطة التخثير بالحرارة. وقد يأخذ الطبيب عينة من دم المصاب لفحصها والتأكد من أنه غير مصاب بفقر دم (ص 514) نتيجة النزف، مع العلم أن هذا الأمر عادة نادر الحدوث لأن الدم النازف وإن بدا غزيراً فإن كميته تكون قليلة.

- 2 -

الحَلْق (The throat)

يطلق الناس على الحَلْقْ اسم البُلعوم أيضاً، وهو جزء من نفق متعدد الوظائف يسير خلف الأنف والفم باتجاه الأسفل إلى الرُغامى والمريء. وعند التنفس يمر الهواء عبر الحلق والرغامى، في طريقه إلى داخل أو خارج الرئتين، وعند بلع الطعام أو الماء فإنه يمر باتجاه الأسفل نحو الحلق فالمريء في طريقه إلى المعدة. وعند التكلم تستعمل الحنجرة المتوضعة في الحلق أعلى الرغامى، فيمر الهواء على الحبال الصوتية، وهذه عبارة عن شرائح (صفاقات) نسيجية متوترة، فيهزها، مما ينتج الأصوات المختلفة التي يشكلها الفم بصيغة كلام.



الحلــق

وكباقي الجهاز التنفسي، يصاب الحلق، بشكل رئيسي، بخمج ينتشر غالباً باتجاه الأعلى أو الأسفل، أو في كلا الاتجاهين ليشمل كامل الجهاز، ولكنه نادراً ما يكون اضطراباً بحد ذاته، بل يشير عادةً إلى خمج في مكان ما آخر من الجهاز التنفسي.

التهاب البلعوم (Pharyngitis)

البلعوم هو جزء من الحلق يقع بين اللوزات (Tonsils) والحنجرة (Larynx)، والمقصود بالتهاب البلعوم هو التهاب حاد يصيب البلعوم نفسه، وهو مماثل لالتهاب اللوزات الحاد، وينجم كلا الالتهابين عن نفس الجراثيم والفيروسات، إلا أن التهاب البلعوم يكون عادة أقل شدة من التهاب اللوزات، وتشير بعض المراجع الطبية ببساطة إلى كلا الحالتين باسم التهاب الحلق الحاد.

يحدث خمج البلعوم المزمن عندما ينتشر خمج مزمن، تنفسي أو جيبي أو فموي، إلى البلعوم ويستقر فيه. يمكن أن ينجم التهاب البلعوم أيضاً عن تهييج موضعي بدون خمج، كما يحدث عند المدخنين أو شاربي الكحول أو الذين يستنشقون أبخرة كيميائية صناعية مخرِّشة.

الأعراض: عندما تصاب بالتهاب بلعوم حاد فإنك تشعر بألم في الحلق، ويضطرب لديك البلع، وربما ترتفع حرارتك ويحمر حلقك ويحتقن. وإذا كنت مصاباً بالتهاب البلعوم المزمن فقد تشكو أيضاً من أعراض مرافقة للخمج الذي كان أصلاً هو سبب التهاب البلعوم.

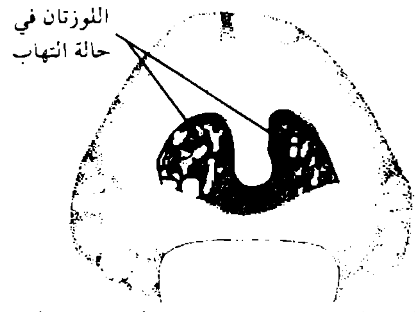
العلاج: يمكن البدء بتطبيق تدابير العلاج الذاتي قبل اللجوء إلى الطبيب.

العلاج الذاتي: سواء كان التهاب البلعوم حاداً أو مزمناً، فعلى المصاب الامتناع عن التدخين فوراً، وأن يتناول طعاماً ليناً أو سائلاً لبعض الوقت، وتفيد الملبَّسات التي تستعمل مصاً لمعالجة هذه الحالة، وكذلك الغسولات المطهرة للفم في تخفيف أعراض التهاب البلعوم الحاد، كما تفيد أيضاً الغرغرة بالماء المملح، وقد تخفف المسكنات من الآلام والإزعاجات العامة، أما إذا استمر خمج البلعوم، رغم هذه التدابير لعدة أيام، يراجع الطبيب.

العلاج الاختصاصي: بالنسبة للهجمة الحادة والمزعجة فإن الطبيب يصف عادة المضادات الحيوية (Antibiotics) بشكل كبسولات أو حقن بالإضافة إلى الأدوية الخافضة للحرارة والمسكنة للآلام، وبالنسبة لالتهاب البلعوم المزمن فإن الطبيب يحاول معرفة السبب الأساسي للحالة ومعالجته بشكل فعال.

التهاب اللوزتين (Tonsillitis)

إن التهاب اللوزتين الحاد هو أساساً مرض الأطفال (ص 903)، لكنه يصيب البالغين أحياناً، وأعراضه مماثلة كثيراً لأعراض الانفلونزا. فإذا كنت تشعر بأنك عليل ولديك التهاب في الحلق وصداع وقشعريرات وحمى وصعوبة في البلع، فافحص حلقك. فإذا كانت لوزتاك محمرتين وملتهبتين وتبدوان متضخمتين أكثر من المعتاد، فلربما تكون مصاباً بالتهاب اللوزات. وهناك عرض آخر شائع هوضخامة وإيلام العقد اللمفية المحيطة بناحية الخمج. ويمكنك تفقُّد تلك العقد في ناحية العنق الموافقة وما تحت الفك السفلي.



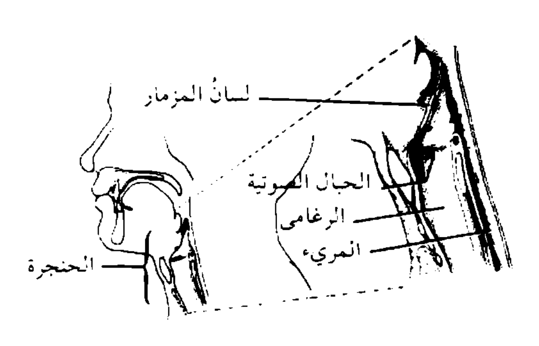
اللوزتان عبارة عن كتل غدية تقع على جانبي الحنق وتساعد على التقاط وإبادة الكائنات الدقيقة. فإذا تورمت والتهبت فهذا يعني حدوث التهاب لوزات.

العلاج: فور بدء الأعراض التي تشير إلى التهاب اللوزات، أخلد إلى الراحة التامة في السرير لمدة يوم أو يومين، ويمكنك أن تتناول قرصاً واحداً من الأسبرين، أو قرصاً كل أربع ساعات حسب الحاجة، واشرب كثيراً من السوائل وابتعد عن الأطعمة الثقيلة والصعبة الهضم. فإذا لم تشفَ بعد / 48/ ساعة فعليك مراجعة الطبيب المختص.

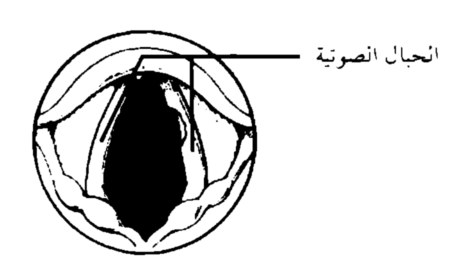
التهاب الحنْجَرَة (Laryngitis)

يحدث التهاب الحنْجرة، بشكل عام بسبب إصابتها بخمج جرثومي أو فيروسي، مما يحدث التهاباً عاماً وتورماً (انتباجاً) في غشاء الحنجرة المخاطي بما فيها الحبال الصوتية. ونظراً لضيق فتحة الحنجرة عند الأطفال الصغار، فإن الغشاء المتورم يسد بشكل جزئي مجرى

التنفس عندهم (راجع الخانوق ص 905).
مع العلم أن الحنْجرة تلتهب أحياناً لأسباب لا علاقة لها بالعوامل الممرضة، كالتهييج الذي يحدث بسبب التدخين، أو شرب الكحول أو الصراخ الحاد أو الكلام بكثرة أو الغناء.



الأعراض: العَرَض الأساسي هو بُحة من الممكن أن تؤدي إلى فقدان الصوت لمدة يومين أو ثلاثة فيصبح مجرد الكلام مؤلماً، وربما ترتفع حرارة المصاب، وبشكل عام معظم المصابين يشفون خلال بضعة أيام.



منظر الحنجرة من خلال البلعوم

المضاعفات: لا يعتبر التهاب الحنْجرة حالة خطرة أو تستدعي القلق، لكن الخطورة تكمن عندما يكون الالتهاب ناتجاً عن إصابة الحنْجرة بالأورام، أو ناتجاً عن إصابة الرئتين بالسّل، وهنا تترافق البحة مع صعوبة في البلع وألم في الأذن (وهي حالة نادرة).

العلاج: ينصح المصاب بالتهاب الحنْجرة بالراحة في المنزل، وإراحة حنجَرته بالامتناع كلياً أو جزئياً عن الكلام، والامتناع عن التدخين، أو شرب الكحول، وبهذا الإجراء يتم الشفاء عادة خلال أربعة إلى خمسة أيام. أما إذا استمرت البُحة لأكثر من أسبوع عندها يمكن أن تتحول الحالة إلى التهاب حنجرة مزمن، وفي مثل هذه الحالة يراجع الطبيب..

أورام الحنْجرَة (Tumors of the larynx)

أورام الحنْجرة كبقية الأورام يمكن أن تكون سليمة لا تهدد الحياة، أو خبيثة (سرطانية) تهدد الحياة. ولأورام الحنْجرة السليمة شكلان، فربما يكون الورم حليمياً (Papillomas) يظهر على شكل عدة كتل صغيرة، أو يكون على شكل نامية واحدة فقط (Polyp)، وكلا النوعين يحدثان بسبب سوء استعمال الحبال الصوتية. ويمكن علاج هذين النوعين من الورم السليم بدون أية مضاعفات جانبية. أما الأورام الخبيثة فهي تصيب غالباً الأشخاص الذين يفرطون في التدخين، وإذا لم تكتشف وتعالج في مراحل مبكرة جداً فإنها تكون، عادة، مهددة للحياة.

الأعراض: البُحة هي العَرَض الوحيد لورم الحنْجرة دون أية أعراض أخرى، وإذا كان الورم خبيثاً (سرطان) وبدأ بالكبر والانتشار، فإن عملية البلع تصبح صعبة في النهاية، وتبدأ كتلة

بالبروز تدريجياً في العنق. وإذا كان المصاب طفلاً، وبسبب ضيق مجرى الهواء في حنجرته. فإن ورم الحنْجرة يجعل صوته ذا مستوى أجش يعرف بالصرير. وبينما تكون البُحة التي يسببه الورم السليم متقطعة، تكون البُحة الناجمة عن السرطان دائمة وتزداد سوءاً بشكل تدريجي. ومع أنها غير مؤلمة وتظهر تدريجياً إلا أنه يمكن ملاحظتها في بداية مراحلها الأولى.

المضاعفات: على الرغم من أن كلا النوعين (السليم والخبيث) من ورم الحنجرة غير شائع، فإن ورم الحنجرة من النوع السليم أقل شيوعاً من النوع الخبيث.

إذا أصبت بالبُحة وكانت تزداد سوءاً بشكل تدريجي وأهملت علاجها، وكان سببها ورماً خبيثاً، عندئذٍ يكون الأوان قد فات للتعامل بنجاح مع السرطان المسبب لها، لأن الشفاء من سرطان الحنجرة يكون ناجحاً إذا اكتُشف وعولج مبكراً، وإذا لم يكتشف في الوقت المناسب. يمكن أن ينتشر إما إلى الأجزاء الأخرى من الحلق، أو تدخل خلاياه عبر مجرى الدم فينقله إلى أماكن أخرى من الجسم فتحدث فيها أوراماً سرطانية ثانوية.

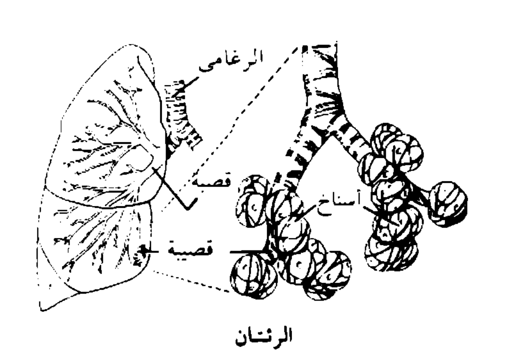
العلاج: يجب عدم تجاهل التغيرات الصوتية الطارئة، فإذا استمرت البحة لأكثر من أسبوع، أو إذا تكررت يراجع الطبيب، وهو سيتأكد من التهابها أو وجود ورم فيها، وفيما إذ كان الورم خبيثاً أم سليماً. وفي حالة التثبت من وجود ورم ما فلا بد من استئصاله جراحياً.

يمكن استئصال الورم السليم (غير الخطر) بعملية جراحية بسيطة. ويمكن علاج الورم الخبيث، المكتشف في مراحله الأولى، بنجاح إما بالمعالجة الشعاعية أو باستئصال جزء من الحنجرة. أما إذا كان السرطان متقدماً ويتطلب علاجه إستئصال كامل الحنجرة، فإن فرص الشفاء تبقى جيدة. وفي حال استئصال كامل الحنجرة فإن هناك عدة طرق يمكن اتباعه (بمساعدة اختصاصي) لاستعادة القدرة على الكلام.

- 3 -
الرئتان والصدر (The lungs and chest)

يحتاج الجسم لإمداد دائم من الأكسجين ليبقى حياً، وفي نفس الوقت يحتاج أيضاً للتخلص من ثاني أوكسيد الكربون الذي هو أحد فضلات الاستقلاب. وتحدث داخل الرئتين عملية تبادل بين الأكسجين الموجود في هواء التنفس وثاني أوكسيد الكربون الموجود في الدم. وبذلك يقوم جهاز التنفس بتأمين العمليتين معاً في وقت واحد. كما يقوم الدم بنقل الأكسجين إلى كل أجزاء الجسم ويحمل منها ثاني أوكسيد الكربون، وهكذا تستمر الحياة. فإذا نقص غاز الأكسجين في الدم وزاد غاز ثاني أوكسيد الكربون فيه، فإن القلب يقوم بضخ كميات أكبر من الدم إلى الرئتين ويزداد التنفس سرعة وسعة، وبالتالي يزداد حجم التبادل بين الأكسجين وثاني أوكسيد الكربون في الرئتين.

تنقسم كل قصبة رئوية إلى قصيبات أصغر، وهذه تنقسم إلى أصغر منها وهكذا، حتى تنتهي كل قصيبة بعنقود من أكياس هوائية صغيرة جداً تدعى الأسناخ، علماً أن كل رئة تحوي الملايين من هذه الأسناخ، ويحتوي كل سنخ على عدة شعيرات صغيرة ذات جدران رقيقة جداً بشكل يسمح للأكسجين وثاني أوكسيد الكربون بالتحرك بين هواء التنفس والدم.



الرئتان

تتعرض الرئتان للجزئيات التي تتطاير في الهواء، والجراثيم التي تسبب الأخماج (ذات الرئة مثلاً ص 427)، والمواد المهيجة كدخان التبغ الذي من الممكن أن يسبب سرطان الرئة (ص 436)، وبعض مولدات الأرج (المؤرجات) المنقولة بالهواء كالتي تسبب الربو (ص 422) أو رئة المزارع (ص 435)، كل ذلك قد يتدخل بوظائف الرئة ويحدث فيها اضطراباً.

التهاب القصبات الحاد (Acute bronchitis)

هو التهاب الغشاء المخاطي المبطن للقصبات أو المسالك الهوائية الرئيسية في الرئتين، وهذا قد يحدث عندما تنتشر نفس الفيروسات، التي سببت الزكام والتهاب البلعوم، إلى القصبات.

يشفى التهاب القصبات الحاد الذي يصيب إنساناً سليم الجسم خلال بضعة أيام، أما التهاب القصبات المزمن فإنه يسبب هجمات مديدة ومعاودة تُحدث تدهوراً تدريجياً في الرئتين.

الأعراض: أهم عَرَض لالتهاب القصبات الحاد هو السُعال العميق الذي يقذف قشعاً مصفراً أو مائلاً للرمادي من رئة المصاب. ومن الأعراض الأخرى، اللهاث والأزيز والحمى، وربما يحدث ألم في القسم العلوي من الصدر يزداد شدة مع ازدياد السعال.

المضاعفات: يصيب التهاب القصبات الحاد العارض كل الناس تقريباً، وتكون الأخطار التي تنجم عنه قليلة. أما المدخنون، والمصابون باضطراب صدري، مثل الربو أو توسع القصبات، أو الذين يعيشون في منطقة ذات هواء شديد التلوث، فهؤلاء أكثر عرضة للإصابة بالمرض، والمصابون باحتقان الرئتين بسبب قصور قلبي فإنهم أيضاً أكثر عرضة للإصابة بالتهاب القصبات الحاد. فإذا أصيب المرء، لأي سبب كان، بهجمات متكررة من المرض، فإن هذه الهجمات قد تخرب بطانة القصبات وتضعف قدرتها على إخراج المفرزات المخاطية من المجاري الهوائية، وبالتالي يتطور الالتهاب الحاد إلى التهاب مزمن.

العلاج: إذا كانت هجمة التهاب القصبات الحاد تحدث لأول مرة، فيمكن الاكتفاء بإجراءات العلاج الذاتي.

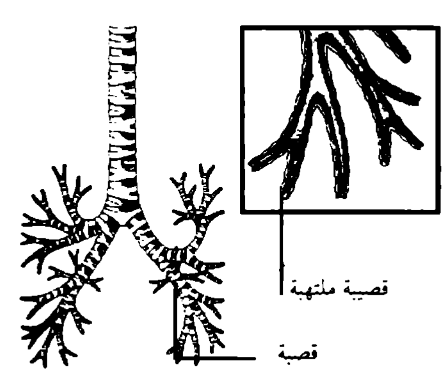
العلاج الذاتي: يمكن تناول دواء ملطف للسعال، ودواء خافض للحرارة، والخلود للراحة التامة في السرير أو في البيت، مع مراعاة تدفئة جو الغرفة (باعتدال) وضرورة أن يكون الهواء نظيفاً، وينصح باستعمال مبخر أو مرطب، أو بخار الماء الساخن، لترطيب هواء الغرفة. لأن ذلك قد يساعد على تنقية المسالك الهوائية الأنفية والقصبية. وبشكل عام تكفي هذه المعالجة حيث يتم الشفاء بعد عدة أيام. أما إذا كان المرض شديداً، أو حدث لهاث أو ارتفاع حرارة إلى ما فوق (38,5 درجة مئوية) أو أكثر، أو إذا نفث المصاب مع السعال دماً، أو إذا لم تتحسن حالته خلال (48) ساعة من تطبيق العلاج السابق، يراجع الطبيب.

وفي حال الإصابة بهجمات متكررة من التهاب القصبات، فعلى المصاب أن يتذكر أن البرد، أو العيش أو العمل في بيئة رطبة يمكن أن يجعله أكثر عِرضةً للإصابة بهذا المرض.

العلاج الاختصاصي: يحدث التهاب القصبات عادة بسبب ڤيروسي، لذلك لا توجد معالجة نوعية للحالة، لكن الطبيب يصف أدوية تساعد على الشفاء وتخفف وطأة الإصابة. كاستعمال موسع للقصبات في حالة حدوث الأزيز، وإعطاء مسكنات للألم، ودواء مركن للسعال إذا كان شديداً، ودواء مقشع إذا كان السعال جافاً. أما إذا غدا القشع ذا لون أصفر مخضر مما يشير إلى حدوث خمج جرثومي ثانوي، فعندها ينصح الطبيب باستعمال المضادات الحيوية (Antibiotics) ، مع العلم أن بعض الأطباء ينصحون باستعمال هذه المضادات منذ المراحل الأولى للإصابة كمحاولة لمنع حدوث خمج جرثومي ثانوي.

التهاب القصبات المزمن (Chronic bronchitis)

هذا المرض شبيه بالتهاب القصبات الحاد، لكنه يكون مستمراً ويزداد سوءاً بمرور الوقت، ويصعب اكتشاف الإصابة في مراحلها الأولى. وفي كل الظروف يعتبر التهاب القصبات المزمن حالة خطيرة لأنه يؤدي إلى جعل بطانة القصبات متثخنة ومشوهة مما يؤدي إلى تضيقها أكثر فأكثر، وفي نفس الوقت تزداد الإفرازات المخاطية داخلها وتنقبض عضلات جدرانها مما يجعل الحالة أشد خطورة وأكثر سوءاً.



إن الالتهابات المتكررة في القصبات والقصيبات تؤذي بطانات هذه الأنابيب، وتجعل الرئتين عرضةً لمزيد من الخمج. فإذا ما امتد الخمج إلى الأسناخ (غير مرئية في الشكل هنا)، فإنه قد يسبب ذات رئة أو نفاخ رئوي.

الأعراض: العَرَضُ الأول لالتهاب القصبات المزمن حدوث سُعال عند الاستيقاظ من النوم صباحاً مصحوباً بنفث كمية من القشع، وبمرور السنوات يتكرر حدوث السُعال أثناء كامل النهار، وليس في الصباح فقط، وتزداد كمية القشع المنفوثة، ويصاب المريض بضيقٍ في التنفس وأزيزٍ يصبحان مزعجين باضطراد..

في مراحل الإصابة الأولى، تثير حالات الزكام والأنفلونزا، هجمات المرض، وفي المراحل المتقدمة فإن الزكام الخفيف قد يسبب هجمات حادة، لذلك فإن العديد من الأشخاص المصابين بهذا الاضطراب يعانون من تلك الهجمات الحادة كل شتاء.

التعريف الوحيد لالتهاب القصبات المزمن هو سعال متكرر يصحبه نفث قشع، يحدث يومياً لمدة ثلاثة أشهر كل سنة (في الشتاء غالباً) ولمدة سنتين متتاليتين. وفي مراحل المرض الأخيرة يحدث السُعال وضيق التنفس والأزيز باستمرار.

المضاعفات: تزداد احتمالات إصابة المدخنين بالتهاب القصبات المزمن بنسبة تفوق إصابة غير المدخنين بكثير، خاصة إذا كان المدخن يافعاً. وبما أن الأطفال هم عرضة للإصابة بالتهاب القصبات الحاد وذات الرئة (ص 427) فإن هذه الأمراض تزيد من احتمال إصابتهم بالتهاب القصبات المزمن. ومن الثابت اليوم أن هذا المرض أكثر حدوثاً في البلاد الصناعية والمناطق المدنية منه في البلاد النامية والمناطق الريفية، وذلك بسبب تلوث الهواء بمخلفات المخترعات الحديثة (خاصة مخلفات احتراق مشتقات البترول). فإذا أصبت بالتهاب القصبات المزمن ولم تبدأ العلاج فوراً، وفي مراحل الإصابة الأولى، فإنك تكون عُرْضَة لمضاعفات خطيرة ربما تصل إلى الموت.

تؤدي إصابة القصبات بالأخماج المتكررة إلى حدوث تلف في الرئتين، ومن ثم ازدياد نسبة التعرض إلى مضاعفات أخرى. وإذا انتشرت الإصابة إلى الأسناخ، فمن المحتمل أن تتطور إلى ذات الرئة (ص 427) أو إلى النُفاخ (ص 425). كما يؤدي التهاب القصبات المزمن إلى فرط ضغط الدم الرئوي (ص 510) وقصور القلب الأيمن (ص 460). ومن الممكن أيضاً أن يصاب كامل جهاز التنفس بالفشل مما يستدعي الإسعاف الطبي الفوري.

العلاج: إذا حدث سُعال صباحي مصحوباً بنفث القشع وكان المصاب مدخناً واستمرت هذه الأعراض، يراجع الطبيب.

العلاج الذاتي: في حالة حدوث التهاب قصبات مزمن، على المصاب التوقف عن التدخين فوراً والابتعاد عن الأماكن التي يتواجد فيها مدخنون، وعن الأشخاص المصابين بالزُكام، لأن الزُكام مرض بسيط بالنسبة لشخص سليم الجسم صحيح الرئتين في حين ربما يسبب هجمة التهاب قصبات لشخص آخر. وينصح المصاب بالانتقال إلى مكان ذي جو نظيف ودافئ وجاف، لأنه يعرض نفسه إلى مزيد من الخطر إذا أمضى الشتاء في مكان رطب وبارد وذي هواء ملوث.

العلاج الاختصاصي: يعتمد العلاج الاختصاصي على مدى تقدم الإصابة، ففي حالة وجود ضيق في التنفس فسوف يصف الطبيب حلالة هوائية تستعمل ثلاث إلى أربع مرات يومياً فتؤدي إلى توسيع القصبات الهوائية وإراحة عضلات جدران القصبات. وإذا حدثت هجمة خمج قوية وسُعال مترافق مع نفث القشع فسوف يصف الطبيب مضاداً حيوياً، ويمكن أن يطلب استعماله لعدة أسابيع، أو شهور، لمنع حدوث إصابة جرثومية جديدة، أو ربما ينصح بأخذ جرعة كاملة عند ظهور العلامات الأولى لالتهاب القصبات من جديد.

ليس هناك بين الأطباء اتفاق عام في الرأي حول الطريقة الأفضل لعلاج التهاب القصبات المزمن. وعلى الرغم من عدم جدوى استعمال المضاد الحيوي ضد الإصابة الڤيروسية فإن بعض الأطباء ينصحون بأخذه في مثل هذه الحالة خوفاً من أن تزيد الإصابة الڤيروسية من فرص الإصابة الجرثومية في الرئتين.

يمكن أن يؤذي التهاب القصبات المزمن غير المعالج قلب المصاب، فإذا حدثت أية علامات على حدوث ذلك، أو إذا حدث نوع آخر من أمراض الرئة مثل النُفاخ أو السرطان. فسيكون العلاج حسب تطور الحالة وحسبما يراه الطبيب مناسباً.

الربو (Asthma)

هو حالة مزمنة تتميز بهجمات دورية من الأزيز (Wheezing) وصعوبة التنفس، خاصة أثناء الزفير. تحدث هجمات الربو بسبب انسداد جزئي في القصبات والقصيبات، الذي ينتج عن تقلص عضلات جدرانها. في حالة التهاب القصبات، يعاني المصاب من أزيز مستمر لحين حدوث الشفاء، بينما في الربو تكون الهجمات مختلفة كثيراً من حيث شدتها وفترة استمرارها. علماً أن المريض بالربو لا يشفى ولكن العلاج يخفف شدة هجماته، أما الهجمات التي لا تعالج فإنها عادة تنتهي تلقائياً.

معظم هجمات الربو تثيرها أرجية لأشياء معينة كغبار الصوف، والريش وغبار الطلع والجلد المتناثرة من فروة القطط أو الكلاب، وكذلك السُّوس (العث) (Mite) الموجود في غبار المنزل، إضافة إلى بعض المأكولات كالبيض أو الحليب أو المنكهات أو الأصبغة أو المواد الحافظة التي تضاف للطعام. كما أن بعض الأخماج، خاصة منها أخماج المجرى التنفسي. قد تسبب الهجمات، وكذلك تناول بعض العقاقير أو إجراء تمارين رياضية عنيفة والكرَب النفسي وغيرها. وقد تبدأ بعض الهجمات دون سبب ظاهر.

الأعراض: أهم أعراض الربو هو صعوبة في التنفس قد تكون شديدة، وضيق في الصدر دون ألم وأزيز مختلف الشدة. وفي بعض الأحيان يسمع صوت الأزيز فقط بواسطة المسمع الطبي، ولكن أحياناً أخرى يعلو صوته فيمكن سماعه بوضوح. وفي الحالات الشديدة يصبح

تنفس صعباً جداً لدرجة يسبب فيها تعرقاً وارتفاعاً في معدل نبضات القلب وقلقاً شديداً. وفي الهجمات الشديدة جداً يصبح لون الشفاه والوجه مزرقاً بسبب قلة الأكسجين في الدم.

المضاعفات: الربو شائع جداً لدى الأطفال في عمر المدرسة، ولكن معظمهم يجتازون الإصابة بسلام، ولا يوجد بين البالغين أكثر من (2 ـ 3%) مصاب بهذا الداء.

إن تتابع هجمات الربو الشديدة يمكن أن تسبب ضعفاً أو عجزاً، وكل سنة يموت عدة آلاف من الناس بسبب هذه الهجمات، ولكن معظم هؤلاء كبار في السن ولديهم اعتلالات أخرى بالإضافة إلى الربو، ومع ذلك وبسبب الاكتشافات الطبية الحديثة يصل القليل من المصابين إلى درجة العجز أو الموت إذا تعاملوا مع إصابتهم بجدية واستمروا في وضع أنفسهم تحت الإشراف الطبي.

العلاج: على المصاب بالربو أن يراقب نفسه بدقة لمعرفة سبب إثارة الهجمات عنده، وأن يراجع الطبيب كلما أصيب بزلة تنفسية (Breathlessness) ؛ فهذا المرض يمكن السيطرة عليه بالتعاون مع الطبيب، لذلك على المصاب أن يعطي طبيبه وصفاً واضحاً جداً لما حدث له أثناء الهجمة.

العلاج الذاتي: على المصاب أن يحاول تحديد ما هو الشيء الذي يزعجه ويثير الهجمة عنده، فربما يتمكن الطبيب من مساعدته بإجراء فحوصات خاصة تحت الجلد للعوامل التي يشك في أنها سببت المشكلة (إن غبار الطلع أو الدخول إلى بيت بلاستيكي فيه ورود ونباتات أو استنشاق الطحين أو التعامل مع الكلاب أو القطط أو الأغنام أو الطيور، والانزعاج والكَرْب وبعض الأطعمة والأشربة وغيرها، كل ذلك يثير هجمات الحالة). وعلى المصاب أن يحتفظ بسجل يذكر فيه الأشياء التي تسبب إصابته بالهجمات ومقدار شدتها، ومع مرور الوقت سيتعرف على تلك الأشياء.

إذا لم تتم معرفة العوامل التي تسبب الهجمة، فبإمكان المصاب أن يخفف من عدد الهجمات التي يعاني منها، ومن شدتها، وذلك بالابتعاد عن الغبار بما في ذلك غبار المنزل، وأن يستبدل الوسائد المحشوة بالريش بأخرى محشوة بالقطن مثلاً (أو مغلفة بمواد خاصة)، والابتعاد عن الكلاب والقطط والطيور والأغنام، وإزالة الموكيت والسجاد من المنزل إذا كانا موقع شك، واستعمال مكنسة كهربائية لإزالة الغبار، والابتعاد عن الكرب والانفعال وكل ما يثير ويزعج وغير ذلك مما يتعلمه المصاب من تجاربه.

العلاج الاختصاصي: إن دقة وصف الحالة أثناء الهجمة، تساعد الطبيب في وضع التشخيص بدون إجراء فحوصات الأرجية. وهناك، اليوم، عقاقير جديدة لعلاج الربو تقع في صنفين هما الأدوية الوقائية والموسعات القصبية. فالصنف الأول، يستعمل بانتظام لتجنب الهجمات. وهذا الصنف من الأدوية يُستعمل من قبل الأشخاص المعرضين لتكرر الهجمات بكثرة أو الذين يستطيعون التنبؤ بزمن حدوث الهجمة لديهم. أما موسعات القصبات، التي

تلائم الأشخاص الذين يُصابون بهجمات ربوية عارضة، فإنها تُؤخذ فقط عند بدء الهجمة لتخفيف الأعراض. ويؤخذ كلا النوعين من العقاقير كمضغوطات أو استنشاق أو حقن. وللاستنشاق فائدة توصيل العقار مباشرة لموقع الانسداد في الرئتين، والعديد من العقاقير الموسعة للقصبات معبأة في حلالات هوائية رذاذة (Aerosol) بطريقة يستطيع معها المصاب استنشاق المقدار الذي يحتاجه من العقار. بعض مرضى الربو يتعلم استعمال المُرذِات (Nebulizers) في البيت؛ وهذه أجهزة تخلط العقار مع رذاذ خفيف من بخار الماء، وهذا هو الشكل المثالي للاستنشاق بشكل عميق يصل للرئتين.

إذا لم تنجح أي من المعالجات السابقة في تخفيف هجمة الربو الشديدة، يُحقن العقار الموسع للقصبات في مجرى الدم، وهذه الطريقة تفيد دائماً تقريباً. وإحدى مجموعات العقاقير الموسعة للقصبات، وهي مجموعة الأدوية الستيروئيدية، لا تفيد في اتقاء هجمات الربو فحسب، بل إنها تخفف الأعراض حالما تشرع الهجمة بالظهور.

إذا كان سبب هجمات الربو هو غبار طلع الأعشاب أو بعض أنواع أخرى من الغبار. فمن الممكن إزالة الأرجيَّة من الرئتين لهذه العوامل بسلسلة من الحقن. وفي حالة الشك بأن سبب الأرجية موجود في الطعام أو الشراب فيمكن إجراء اختبارات الأرجيَّة واتباع طريقة الغذاء المستبعد (ص 942).

إن البدء بالبحث عن أسباب الأرجية للسيطرة على الأعراض، وتناول عقاقير فعالة تعتمد على المصاب وعلى مدى تعاونه مع طبيبه.

على الرغم من نجاح العلاج بالعقاقير، تكون هجمة الربو أحياناً شديدة بحيث تتطلب الدخول إلى المستشفى، حيث يقدم للمصاب ثلاثة أشياء لا يمكن تقديمها في البيت:

1) يعطى المصاب علاجاً من العقاقير بمرذاذة (Nebulizer) (القليل من الناس يملكون هذا الجهاز في البيت بالإضافة إلى أن المرذّات المستعملة في المشافي أكثر فعالية من أنواع المرذات المستعملة في البيت).

2) يعطى أيضاً عقاقير مرخية للعضلات، ويوصل بجهاز تنفس آلي. في هذا العلاج يتم التخلص من تشنج العضلات في الممرات الهوائية داخل الرئتين، فتسترخي عضلات الصدر أيضاً لأن جهاز التنفس الآلي يقوم بعمل التنفس، وهذا يمنح الجهاز التنفسي فرصة التحسن من الهجمة الشديدة.

3) وجود التمريض والطاقم الطبي على مدى (24) ساعة يومياً يخفف من قلق المصاب على نفسه حول عدم القدرة على التنفس.

ما العمل أثناء الهجمة؟: إن هجمة ربو حادة ومفاجئة يمكن أن تكون مخيفة للمصاب ولعائلته. في معظم الحالات يكون الطبيب قد وصف للمصاب عقاراً موسعاً للقصبات، أو

عقاراً ستيروئيدياً، فإذا لم تخفِّف جرعةٌ واحدة من الأزيز، فيمكن تكرارها بعد نصف ساعة إذا كان الطبيب قد اقترح ذلك، ولكن يجب عدم استعمال النشوق مرة ثالثة إذا لم يعطِ نتيجة في الجرعة الثانية، فإن تجاوز الجرعات ربما يكون خطراً. وعوضاً عن ذلك يستدعى الطبيب.

غالباً ما يخاف أفراد عائلة الربوي إبان إصابته بهجمة شديدة، ويشعرون بالعجز لأنهم لا يعرفون ماذا يفعلون حيال هذه الهجمة. وفيما يلي نشرح لهم ماذا عليهم أن يفعلوا:

1) ضع العقاقير وجهاز الاستنشاق مع بعضها أمامك (على طاولة مثلاً)، وانتبه إلى الوقت الذي تناول فيه المصاب أول جرعة من الدواء أو الأدوية التي وصفها له الطبيب عند الحالة الطارئة.

2) ساعد المريض على اتخاذ الأوضاع الأكثر راحة له، وعادة أفضل الأوضاع هو الجلوس مع الانحناء قليلاً نحو الإمام والاتكاء على المرفقين أو الذراعين، ومن الضروري الحصول على الكثير من الهواء النقي (أي يجب أن يكون هواء الغرفة نظيفاً ومنعشاً).

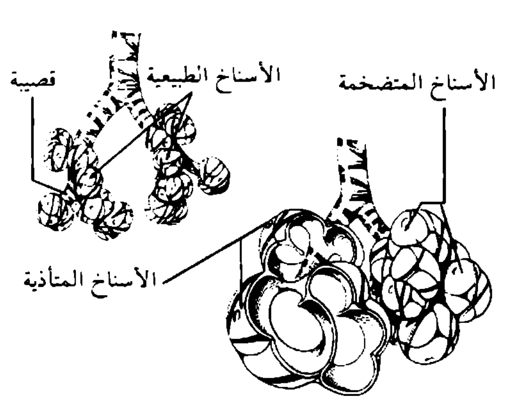
3) لا تقفوا جميعاً حوله متوترين، فإن هذا يزيد من قلقه، ويستحسن أن يبقى معه شخص واحد هادئ ومتَّزن، وعلى الباقين أن يذهبوا بهدوء إلى غرفة أخرى، ويمكنهم أن ينتظروا متأهبين لتقديم المساعدة إذا دعت الضرورة إليها.

4) اتصل بطبيب المصاب وأخبره عن الحالة، وإذا لم يكن موجوداً، كن مستعداً لنقل المصاب بسرعة وهدوء إلى أقرب مستشفى في حالة طارئة (إسعاف).

النُفاخ (Emphysema)

النُفاخ حالة تصبح فيها الرئتان أقل فعالية بسبب ما لحق بملايين الأسناخ (Alveoli)، من ضرر. ومن المعلوم أن تبادل الأكسجين مع ثاني أوكسيد الكربون يتم في جدران هذه الأسناخ.

إن الرئتين السليمتين عبارة عن نسيج إسفنجي مرن يؤمن تمددهما بشكل جيد. فإذا تمددت تلك الأسناخ كثيراً أو تمزقت، فإن مرونة الرئتين تتلاشى تدريجياً. ويحصل هذا النوع من الضرر عادة عندما تكون الأسناخ معرضة بشكل مستمر لضغط أعلى من الطبيعي، كما يحدث للأشخاص المصابين بمرض طويل الأمد في الرئة. إن التهاب القصبات المزمن (ص 420) أو



ماذا يحدث في النفاخ (الرئوي):
قد تتمزق الحويصلات المتأذية وتلتحم لتشكل حويصلات أقل ولكنها أكبر، وهذا ما يسبب تناقصاً في مساحة سطح الرئة وبالتالي يقل مقدار الأكسجين الذي ينتقل من الحويلات إلى الدم.

الربو (البحث السابق)، على سبيل المثال، يسببان تضيقاً في الممرات الهوائية في الرئة فيضعف مجال التنفس وتصاب الأسناخ بالضرر.

الأعراض: أهم أعراض النُفاخ هو اللهاث (تنفس سريع وقصير) الذي يزداد سوءاً على مر السنين. فإذا كنت مصاباً بالنُفاخ فإن صدرك يتوسع كثيراً، وإذا أصابك أزيز أو سعال، ونفثت قشعاً، فهذه أعراض أنواع أخرى لمشاكل الرئة وليست أعراض النفاخ.

المضاعفات: يصيب النفاخ، عادة، الأشخاص المصابين بالتهاب القصبات أو الربو. وهو شائع لدى الرجال أكثر منه عند النساء، خاصة المدخنين و/أو الذين يعيشون في منطقة هواؤها ملوث. وبعض الناس معرضون بشكل خاص للإصابة بالنفاخ بسب عيب موروث في التركيب الكيميائي لرئاتهم. والذين يتطلب عملهم استعمالاً عنيفاً للرئتين معرضون أكثر للإصابة بالنفاخ، كمهنة نفخ الزجاج أو العزف على آلة موسيقية تتطلب نفخاً. فإذا ازداد قصر النفس سوءاً فإن المصاب معرض للموت في نهاية الأمر بسبب قصور تنفسي. والنفاخ يجعل المصاب أيضاً معرضاً للإصابة بأخماج الصدر، كذات الرئة التي يمكن أن تهدد الحياة، وهناك أيضاً خطر الإصابة باسترواح الصدر (ص 431). بالإضافة إلى ذلك بما أن الدم لا يجري بشكل حر عبر الأسناخ المتضررة فإن الجهد الناتج المتوضع على الجهة اليمنى من القلب، الجهة التي تضخ الدم إلى الرئتين، يؤدي إلى قصور في القلب (ص 460).

العلاج: لدى مراجعة الطبيب ربما يطلب من المصاب تصوير صدره شعاعياً أو النفخ بقوة في جهاز خاص يقيس طاقة التنفس، وربما لزم الأمر أيضاً إجراء فحوصات للوظائف الرئوية، وبما أن النفاخ مرتبط عادة مع اضطرابات رئوية أخرى فإنه ليس من السهل تشخيص هذا المرض بشكل مستقل.

العلاج الذاتي: يجب التوقف عن التدخين فوراً، وتجنب الأماكن ذات الهواء الملوث. والابتعاد عن الناس المصابين بالسُعال أو الزُكام، وممارسة التمارين الرياضية باعتدال وبانتظام في هواء نظيف ونقي أو في الهواء الطلق.

العلاج الاختصاصي: المعالجة تخفف من أعراض النُفاخ وتؤخر تقدمه، ولكنها لا تشفيه. توصف في هذه الحالة عقاقير موسِّعة للقصبات توسع الممرات الهوائية وتساعد في منع تضرر الأسناخ، وبما أن التهاب القصبات، وكذلك أخماج الرئة من أي نوع، تثير النُفاخ فإن أفضل طريقة للسيطرة على المرض هي منع حدوث خمج في جهاز التنفس.

عولج القليل من مرضى النفاخ بشكل ناجح بغرس (زرع) الرئة والقلب لهم، على الرغم من أن غرس الرئة هو المطلوب لعلاج النفاخ لكن ولأسباب فنية يغرس القلب والرئتين مع بعضهما عادة.

ذات الرئة (Preumonia)

هو تعبير عام يقصد به عدة أنماط من التهاب الرئتين، ويحدث عادة بسبب خمج جرثومي أو ڤيروسي أو بسبب تأذي الرئتين بالغازات السامة أو المخرشة. وتختلف شدته بين إصابة خفيفة في الطرق التنفسية العليا وبين إصابة شديدة مهددة للحياة.

تعتمد أعراض ذات الرئة وشدتها ومضاعفاتها وعلاجها على العامل المسبب للمرض من جهة، وعلى الحالة الصحية العامة للمصاب من جهة أخرى، ولا يخفى ما لاستجابة المرض للعلاج الدوائي من أثر على ذلك، فالالتهابات الرئوية الناتجة عن الڤيروسات مثلاً لا تستجيب أبداً للعلاج بالمضادات الحيوية. وعليه فذات الرئة ليست حالة واحدة بل أشكال وأنواع مختلفة، وزيادة في الإيضاح والمقارنة **نورد فيما يلي جدولاً يبين بعض العوامل المسببة لذات الرئة الأكثر شيوعاً، وأعراض الإصابة بشكل عام:**

العامل المسبب	بدء الأعراض	درجة الحرارة	أعراض أخرى محتملة
ـ المكورة الرئوية.	بشكل مفاجئ وخلال ساعات من الخمج.	حتى 40 درجة مئوية أو أعلى.	قشعريرة ـ ألم صدري ـ إزرقاق ـ ولاحقاً سعال مترافق بقشع مدمى.
ـ ڤيروس الأنفلونزا.	مفاجئ خلال ساعات من بدء الخمج.	حتى 40 درجة مئوية أو أعلى.	سعال شديد وجاف ـ قشع مدمى ـ إزرقاق.
ـ ڤيروسات مضخمة للخلايا.	تدريجي خلال عدة أيام.	حوالي 38,3 درجة مئوية.	سعال جاف ـ وَسَن.
ـ ڤيروسات أخرى.	خلال [4 ـ 5] أيام بعد الخمج.	حوالي 38,3 درجة مئوية.	سعال جاف.
ـ المفطورة الرئوية (Mycoplasma).	خلال [3 ـ 4] أيام بعد الخمج.	حوالي 38,3 درجة مئوية.	صداع ـ سعال جاف مزعج.
ـ جرثومة داء ليجيونير (Legionnaire).	خلال [2 ـ 10] أيام بعد الخمج.	حتى 40 درجة مئوية أو أعلى.	غثيان ـ إقياء ـ قشعريرة ـ آلام عضلية ـ صداع ـ قشع مدمى ـ ألم صدري.
ـ المتكيس الرئوي الكاريني.	حاد أو تدريجي (خلال عدة أسابيع).	حوالي 40 درجة مئوية.	سرعة تنفس ـ سعال ـ قِصَر النَفَس.

الأعراض: بيَّنا أن ذات الرئة عدة أنماط متنوعة، لذلك لا يوجد عَرَض واحد مميز لكل تلك الأنماط، ويجب اعتبار احتمال الإصابة بذات الرئة إذا وُجدت الأعراض التنفسية بشكل فعلي، مثل، السعال وارتفاع الحرارة، وقِصَر النَفَس دون وجود سبب آخر معروف، بالإضافة إلى ذلك وجود أعراض أخرى مثل القشعريرة أو التعرق أو الآلام الصدرية أو ازرقاق الجسم أو تصبُّغ الجسم بالأزرق، أو وجود الدم في القشع، وأحياناً التخليط الذهني أو الهذيان، وكلما كانت مساحة الإصابة الرئوية أكبر كلما كانت الأعراض أشد.

تعتمد سرعة ظهور الأعراض، وأي منها الأكثر وضوحاً، على العامل المسبب للإصابة.

المضاعفات: تصيب ذات الرئة كثيراً من الأشخاص، لكنها عادة تكون الاختلاط النهائي عند إنسان مصاب بأمراض أخرى مضنية، بمعنى أنها تصيب الأشخاص الذين أنهكهم المرض (مرض آخر) وتكون سبباً لموتهم أحياناً. فأي شخص ذو مقاومة ضعيفة معرض بشدة للإصابة بذات الرئة، لذلك نجد أن الأشخاص الذين يحتضرون بسبب إصابتهم بقصور القلب أو السرطان أو الهجمة الدماغية أو التهاب القصبات المزمن، يكون سبب وفاتهم الفعلي إصابتهم بذات الرئة، وكذلك الأشخاص المصابين بالشلل، وخاصة أولئك الذين يضعف عندهم منعكس السعال الطبيعي الذي يساعد على تنظيف الرئتين والطرق التنفسية من المفرزات والسوائل المتراكمة فيهما، ويكون الأطفال الصغار (دون السنتين) عرضة أيضاً للإصابة بذات الرئة، وكذلك الكبار في السن، فوق (75) سنة، والمصابون بمرض صدري مزمن مثل الربو، والمصابون بالأمراض التي تنقص المناعة، ومفرطو التدخين ومدمنو الكحول. كذلك هي مرض شائع عند الأشخاص الذين انخفضت عندهم كفاءة آليات الدفاع الطبيعية، مثل:

1 ـ الأشخاص الذين تلقوا غرس أعضاء في أجسامهم (زرع كلية مثلاً)، ويتناولون عقاقير كابتة للمناعة لاتقاء عملية رفض أجسامهم للعضو المغروس.

2 ـ الأشخاص المصابين بابيضاض الدم أو داء هودجكين والمصابين بالسرطانات الذين هم قيد المعالجة بالستيروئيدات أو العقاقير السامة للخلايا، لأن مثل هذه الأدوية تكبت جهاز مناعة الجسم.

3 ـ الأشخاص الذين يعانون من أمراض مزمنة معينة (مثل التهاب المفاصل الرثياني) ويتناولون الستيروئيدات وما شابهها من العقاقير.

4 ـ الأشخاص المصابين بالإيدز (Aids)، الذين أضعف المرض دفاعات أجسامهم الطبيعية.

عادة، تكون الإصابة عند مثل هؤلاء الأشخاص انتهازية وذات بدء بطيء بحيث أن المصاب يصبح في البداية شاحب اللون قليل النشاط، مع إصابته بحمى خفيفة أحياناً وسعال جاف، ثم تتطور الإصابة لذات رئة صريحة، وتظهر الأعراض الأهم، كاللُّهاث وألم الصدر والحمى وغيرها. ويتم وضع تشخيص واضح لذات الرئة تلك بواسطة الاختبارات المخبرية بما في ذلك أخذ خزعة من النسيج الرئوي (من داخل الرئة) بواسطة المنظار القصبي وفحصها وزرعها مخبرياً.

نستنتج مما سبق أنه لا يمكن تحديد مضاعفات واضحة لذات الرئة بسبب تباين أسبابها وأعراضها ومضاعفاتها تبايناً كبيراً، لكن يجب أن نذكر دائماً بأن جميع أنماطها قد يتطور إلى الإصابة بذات الجنب (ص 429)، أو قد يؤدي إلى الموت خاصة عند الضعفاء والمدنفين والمسنين، وأخطرها جميعاً هو النمط الحادث بسبب الفيروسات، لأنها لا تستجيب

للمضادات الحيوية والعلاج، مع ملاحظة أن هذه الإصابة تحديداً قد تقضي على بعض المصابين خلال يوم واحد أو عدة أيام. ومع كل ذلك، على المرء أن لا يعتبر نفسه مصاباً بذات الرئة حتى لو اشتكى من بعض الأعراض البسيطة المشابهة لأعراض ذات الرئة، فربما كان مصاباً بزكام أو بخمج بسيط في الطرق التنفسية العليا، والطبيب وحده هو الذي يستطيع أن يقرر نوع الإصابة وشدتها وطريقة علاجها بالاستعانة بالفحوص السريرية وبأعراض الإصابة التي يشرحها المريض نفسه عادة، وبتصوير الصدر بالأشعة السينية وبالفحوص المخبرية للدم والقشع وغير ذلك.

العــلاج:

العلاج الذاتي: عند ظهور أعراض بسيطة تدل على احتمال الإصابة بذات الرئة فكل ما يستطيع أن يفعله المصاب لنفسه هو تطبيق معالجة عَرَضية فقط، كاللجوء للراحة التامة بالسرير والإقلال من التدخين ما أمكن، أو الامتناع عنه نهائياً، مع تدفئة الجسم وجو الغرفة باعتدال، والحرص التام على استنشاق هواء نظيف غير ملوث بالدخان والغبار والغازات الضارة والروائح وغيرها، وتناول طعام ذي قيمة غذائية جيدة بدون إفراط. أما العلاج الفعلي فهو العلاج الاختصاصي.

العلاج الاختصاصي: ذات الرئة مرض خطير قد يتطور إلى الأسوأ بشكل سريع، لذلك يجب استشارة الطبيب فور ظهور أعراض الإصابة وهو يقرر المعالجة المثلى لمريضه، التي قد تكون عبارة عن أخذ مضادات حيوية ودواء ملطف للسعال ومقشّع للمفرزات المتراكمة في الطرق التنفسية، مع النصح باتباع الإرشادات الواردة في العلاج الذاتي كلها. أو قد يرى ضرورة اللجوء إلى معالجات أشد فعالية من ذلك، وقد يطلب إجراء فحوص مخبرية للدم والقشع وغيرها. وإذا كان المصاب يشكو من ألم صدري يصف له دواء مسكناً للألم، وربما ينصح بضرورة جعل المصاب يتنشق الأكسجين النقي إذا رأى حاجة لذلك. وفي بعض الحالات ربما يلجأ الطبيب إلى إجراء تنظير صدري للقصبات لاستبعاد إمكانية الإصابة بسرطان رئة.

إن الشخص العادي ذا البنية السليمة يشفى من إصابته بذات الرئة في غضون أسبوعين إلى ثلاثة أسابيع رغم استمرار شعوره بالتعب والإنهاك لفترة أطول من الزمن. أما ذوو الأجسام الضعيفة والمنهكة، ومن في مقامهم، فقد يستغرق شفاؤهم من المرض عدة أشهر، وفي بعض الأحيان لا يشفى هؤلاء المرضى إطلاقاً بحيث تؤدي الإصابة في نهاية المطاف إلى موت المريض.

ذات الجنب والانصباب الجنبي (Pleurisy and pleural effusion)

عندما يتنفس الإنسان، في الحالة الطبيعية، فإن رئتيه تتمددان وتتقلصان بسهولة وبشكل عفوي داخل القفص الصدري، ويكون التنفس متواتراً ومنتظماً وإيقاعياً. وقد أصبح واضحاً

اليوم أن كل رئة تحاط بغشاء أملس رطب مؤلف من طبقتين يدعى غشاء الجنب أو الجنبة (Pleura) مهمته أن يقوم بتزليق الأسطح المتحركة في الرئتين لجعل عملية التنفس أكثر سهولة. تبطن الطبقة الخارجية من غشاء الجنب القفص الصدري، ويوجد بين طبقتي غشاء الجنب الرقيقتين مسافة لا تكاد تُدرك تدعى المسافة الجنبية (Pleural space) ، وهذه المسافة البسيطة تسمح لطبقتي غشاء الجنب أن تنزلقا على بعضهما البعض بسهولة ونعومة. فإذا أصيبت أي من تلك الطبقتين بخمج ما فإن سطحهما يصبح خشناً مما يعيق حركتهما بشكل خطِر، وهذه الحالة تدعى ذات الجنب أو التهاب غشاء الجنب.

ذات الجنب هي عَرَض أو اختلاط لمرض آخر أكثر من كونها مرضاً بحد ذاته، فقد تحدث كاختلاط لخمج رئوي أو صدري أو للتدرن أو تحدث بسبب تسرب سائل التهابي إلى المسافة الجنبية حيث تدعى هذه الحالة بالانصباب الجنبي، مع العلم أن ذات الجنب ليست السبب الوحيد للإصابة بالانصباب الجنبي، بل ربما يحدث هذا الانصباب كاختلاط لمرض عام كالتهاب المفاصل الرثياني (ص 720)، أو لاضطراب كبدي أو كلوي، أو لقصور القلب (ص 460)، ويحدث أحياناً كاختلاط لبعض أنواع السرطانات المنتقلة من الأورام الموجودة في الرئتين أو المبيضين أو الثديين.

الأعراض: تسبب ذات الجنب ألماً صدرياً واضحاً أثناء التنفس بعمق، وأثناء السُعال. وأحياناً يكون الألم شديداً ووحيد الجانب، وذلك بالإضافة إلى أعراض المرض الأساسي الذي سبب حالة ذات الجنب. فإذا حدث انصباب جنبي نتيجة لالتهاب غشاء الجنب فإن الآلام المذكورة سابقاً تختفي لأن السائل المنصب بين طبقتي الغشاء يمنع احتكاكها ببعضهما البعض. لكن عندما يحدث ذلك فقد تبدأ أعراض انقطاع النَفَس بالظهور (الزلة التنفسية).

المضاعفات: أصبحت اليوم ذات الجنب والانصباب الجنبي الناجمين عن الخمج اضطرابين نادرين بشكل عام بسبب إمكانية علاجهما بشكل فعال بالمضادات الحيوية (Antibiotics) ، مع العلم أن حدوث حالات ذات الجنب تفوق أربع مرات حدوث الانصباب الجنبي.

في معظم الحالات، تكون مضاعفات ذات الجنب نفس مضاعفات المرض الكامن الذي أدى أصلاً إلى حدوثها، أما الانصباب الجنبي فإنه قد يضغط الرئتين ويسبب زلّة تنفسية شديدة وقد يسبب ذات الجنب القيحية (ص 434).

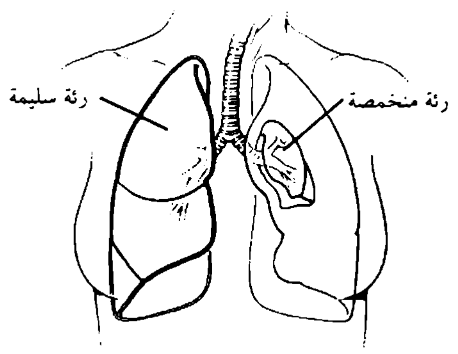
العلاج: لدى مراجعة الطبيب قد يطلب إجراء صورة شعاعية للصدر. وفي حالات الانصباب الجنبي يمكن أن تؤخذ عينة من السائل المتواجد بين طبقتي غشاء الجنب بواسطة محقنة وإجراء الفحوصات المخبرية الضرورية لذلك السائل.

وحيث أن ذات الجنب والانصباب الجنبي أعراض لاضطرابات أخرى فإن الطريقة الوحيدة لشفائهما هي معالجة المرض الأساسي الكامن خلف الإصابة. وفي هذه الأثناء، من أجل تخفيف آلام الصدر، ينصح الطبيب باستعمال مسكنات للألم.

استرواح الصدر (Pneumothorax)

يحيط بالرئتين غشاء يسمى غشاء الجنب، وهذا الغشاء مؤلف من طبقتين تفصل بينهما مسافة بسيطة جداً. في حالة السلامة تتمدد الرئتان وتنقبضان مع كل حركة تنفس، في حين تنزلق طبقتا غشاء الجنب على بعضهما بنعومة.

يحدث استرواح الصدر عندما تدخل كمية من الهواء، لأي سبب كان، بين تلك الطبقتين (داخل المسافة الجنبية البسيطة) ويؤدي ذلك إلى انخماص الرئة قليلاً أو كثيراً، وربما ينخمص جزء صغير من الرئة أو تنخمص الرئة كلها فتصبح خالية من الهواء بدرجة تتناسب مع درجة الانخماص. وغالباً يزول انخماص الصدر البسيط من ذاته، أما إذا دخلت كمية كبيرة من الهواء إلى المسافة الجنبية فإنها تسبب تعطل جزء أكبر من الرئة.



الانخماص الرئوي

إذا تواجد الهواء في المسافة الجنبية، فإن ذلك يمنع الرئة من التمدد بحرية أثناء الشهيق وهذا ما يعرف بانخماص الرئة.

الأعراض: أهم أعراض استرواح الصدر هي الزلّة التنفسية (Breathlessness) والألم الصدري في الجانب المصاب، وربما يحدث الألم أحياناً في قاعدة العنق.

يبدأ الألم بشكل مفاجئ عادة ويكون حاداً، ولكن في بعض الأحيان قد يكون بسيطاً للغاية، ويشعر أحياناً المصاب بضيق في الصدر.

تعتمد شدة الأعراض على حجم الانخماص، وعلى الحالة الصحية العامة للمصاب، فإذا أصبت وكنت شاباً قوي البنية فإن الأعراض تكون عبارة عن ألم بسيط في الصدر وصعوبة بسيطة في التنفس حتى ولو كان الانخماص في جزء كبير من الرئة، بينما إذا كنت في متوسط العمر، وكنت مصاباً بالتهاب قصبات مزمن فإنه حتى استرواح الصدر البسيط يسبب ألماً حاداً وصعوبة كبيرة في التنفس.

المضاعفات: إن حالات استرواح الصدر المشاهدة، والتي تحدث بدون سبب مباشر، نادرة جداً، وتحدث الإصابات غالباً في متوسط العمر عند الأشخاص الذين تأذت رئاتهم بسبب إصابتهم بالربو (ص 422) أو بالتهاب القصبات المزمن (ص 420) أو بخراج رئوي أو بانتفاخ رئوي أو بتدرن.

تكمن خطورة استرواح الصدر في كيفية دخول الهواء إلى المسافة الجنبية، وغالباً ما يشفى الاسترواح البسيط تلقائياً. أما إذا وجدت ثقبة تسمح بمرور الهواء إلى المسافة الجنبية فإن الاسترواح يتسع، ويتعرض المصاب لزلة تنفسية متزايدة وألم متزايد كلما ازداد الانخماص الرئوي، فإذا لم تعالج الحالة بسرعة وازدادت سوءاً فقد تحدث الوفاة بقصور تنفسي.

العلاج: لدى مراجعة الطبيب فإنه يكتشف الإصابة خاصة إذا كان الاسترواح كبيراً. أما في حالات الاسترواح الصغير فقد يجري تصويراً شعاعياً للصدر للتأكد من وجود الإصابة أو عدمها. وإذا اكتشف وجود الاسترواح، أو حتى إذا شك في ذلك، فسيطلب وضع المصاب تحت المراقبة المشددة خشية تطور الحالة نحو الأسوأ.

يعتمد العلاج على حجم الاسترواح الصدري وظروفه وحالة الرئتين وحالة المريض الصحية بشكل عام. فإذا كان الاسترواح بسيطاً فقد يكتفي الطبيب بالمراقبة مع جعل مريضه يرتاح في السرير راحة تامة لحين التأكد من الشفاء التام وعودة الرئة المخموصة إلى حالتها السليمة.

أما المعالجة في الحالات الأشد وقعاً فتعتمد، بشكل رئيسي، على سحب الهواء من المسافة الجنبية بواسطة أنبوب (قثطرة) يدخل بين الأضلاع إلى المسافة الجنبية. وإذا لم تتحسن الحالة قد يضطر الطبيب، في بعض الحالات المستعصية، لإدخال المنظار من بين الأضلاع إلى المسافة الجنبية للتفتيش عن الثقب الذي يسمح بمرور الهواء إلى الداخل، وإغلاقه.

توسع القصبات (Bronchiectasis)

توسع القصبات هو توسع أو تشوه قصبة واحدة أو أكثر، أو توسع المجاري الهوائية الرئيسية الداخلة إلى الرئتين، ويحدث، غالباً، نتيجة لأخماج متكررة في الطفولة، ويستغرق عدة سنوات ليتطوّر، ويؤدي إلى إعاقة نزح السائل الذي تفرزه، عادة، خلايا القصبات، وبذلك يبقى هذا السائل راكداً في الرئتين مما يؤدي إلى خمج آخر.

الأعراض: أهم أعراض توسع القصبات هو السعال المتكرر الذي يؤدي إلى نفث (طرح) كمية كبيرة من القَشع الأصفر أو الأخضر الذي يحوي لطخاً من الدم في بعض الأحيان، وتزداد كمية القشع عادة عند تغيير وضعية الجسم وخاصة عند الاستلقاء وتزداد احتمالات الإصابة بأخماج رئوية مع كل إصابة زكام، وقد تصدر من الفم رائحة كريهة مزمنة.

المضاعفات: إن توسع القصبات نادر الحدوث هذه الأيام لأن الأخماج التي تحصل في الطفولة وتسبب هذا الاضطراب، كالتهاب الجيوب وأخماج الصدر التي تلي الإصابة بالحصبة، أو السعال الديكي، يمكن الوقاية منها بالتلقيح أو باستعمال المضادات الحيوية، وكذلك أصبح التدرن الذي يصيب أيضاً الرئتين نادراً جداً. وعلى كل حال فإن المصابين

بتوسع القصبات يعيشون حياة عادية بفضل فعالية المضادات الحيوية التي توصف عند أول علامة لظهور خمج.

العلاج: إذا خرج مع السعال قشع أخضر أو أصفر يراجع الطبيب.

العلاج الذاتي: على المصاب بتوسع القصبات أن يبذل جهده لتجنب الزكام والتهاب الحلق، وعليه عدم التدخين والابتعاد عن الغرف المملوءة بالدخان. فإذا أصيب الجزء الأسفل من الرئة بالخمج فسينصح الطبيب باتباع طريقة العلاج الذاتي التي تدعى النزح الوضعي (Postural drainage)، وهي طريقة تُستخدم للتخلص من إفرازات القصبات. وفي هذه الطريقة يجعل الجسم بشكل يكون فيه الفص المصاب من الرئة مقلوباً، وعند ذلك يخرج السائل، بحيث يمكن بصقه أو إخراجه مع السعال، هذا وإن الاستلقاء في السرير مع إبقاء الرأس متدلياً على حافته لمدة خمس إلى عشر دقائق مرتين في اليوم يساعد على تنظيف الرئتين من المفرزات.

العلاج الاختصاصي: عند ظهور أول علامة لتوسع القصبات، يصف الطبيب مضادات حيوية، ويشير بتناول كامل الوصفة حتى ولو اختفى الخمج. وإذا كانت الإصابة محصورة في جزء واحد من الرئة، أو إذا احتوى القشع على كمية كبير من الدم فربما ينصح الطبيب باستئصال الجزء المصاب من الرئة، ولكن نادراً ما تكون مثل هذه الجراحة ضرورية.

خراجة الرئة (Lung abscess)

تحدث خراجات الرئة، بفعل سببين رئيسيين هما:

- ربما تكون الخراجة أحد المضاعفات لنوع معين من ذات الرئة (ص 427).

- أو ربما يكون سببها استنشاق مادة ما كقطعة من الطعام أو جزء من سن حدث عندما كان المصاب غائباً عن الوعي في حادثة ما، أو ربما استنشق هذه المادة أو الشظية أثناء التبنيج العام أو بعد فقدان الوعي بسبب أذية على الرأس أو إذا كان في حالة سُكر.

أصبحت الخراجات المتعلقة بذات الرئة نادرة جداً لأن المضادات الحيوية عادة تحول دون حدوث هذه المضاعفات، ورغم ذلك فهي قد تصيب الأشخاص الذين يعانون من سوء التغذية.

أهم الأعراض هي حدوث نفضات متتالية وحمى، وألم في الصدر أحياناً، وسعال مترافق بنفث قشع كثيف يحوي على قيح ودم. فإذا أصابتك هذه الأعراض، فيجب أن تدخل إلى المستشفى لإجراء فحوصات تشخيصية، وتساعد الفحوصات الشعاعية الطبيب في تحديد موقع الخراج، أما فحوصات القشع المطروح فتحدد الجرثوم المسبب. ويحدث الشفاء التام إذا تم العلاج بالمضادات الحيوية المناسبة.

ذات الجنب القيحية (الدُبال) (Empyema)

الدُبال تعني تراكم القيح في أي تجويف من الجسم، ويستعمل هذا التعبير عادة للحالة التي ينصب فيها القيح في الجنب (ص 429). ففي حالة الانصباب الجنبي، يتسرب سائل مائي إلى المسافة بين طبقتي غشاء الجنب المحيطة بالرئة. أما في حالة الدُبال فإن هذا السائل يتكثف ويصبح قيحاً؛ وربما يكون ذلك كأحد مضاعفات مرض رئوي كذات الرئة (ص 427)، أو خمج بطني انتشر إلى الصدر. ولا توجد أعراض خاصة للدُبال، ويتم التشخيص اعتماداً على فحص عينة من السائل في المسافة الجنبية، حيث يؤخذ هذا السائل من الجنبة بواسطة محقنة.

أصبح الدُبال مرضاً نادراً جداً في هذه الأيام بسبب انتشار استعمال المضادات الحيوية، ومعظم المصابين به يتم علاجهم بسبب مرض مستبطن آخر، ويعتمد العلاج والشفاء التام على نوعية هذا المرض.

تغبُّر الرئة (Pneumoconiosis)

هي حالة تعني وجود غبار في الرئة، ويشير هذا التعبير إلى عدد من الأمراض المهنية التي يسببها استنشاق مختلف أنواع جزيئات الغبار، حيث يؤدي استنشاق هذه الجزيئات لعدة سنوات إلى تشكل بقع متهيجة صغيرة في إحدى أو كلا الرئتين. ويؤدي تهيج نسيج الرئة المستمر، بسبب ذرات الغبار، إلى تشكل نسيج ندبي فيها، وهذا يؤدي بدوره إلى تقليل مسامية ومرونة الرئة.

يصيب تغبر الرئة، بشكل خاص، عمال مناجم الفحم ومقالع الحجارة، وتحضير الرمال والبنائين، والذين يعملون في حفر الصخور، وكذلك العمال الذين يتعرضون لغبار السيليسيوم والألمنيوم والأسبستوس والبريليوم والبودرة والقطن وقصب السكر وغبار القمح ونشارة الخشب، أو أي نوع من الألياف الصناعية.

تتطلب الإصابة بالمرض، على الأقل، فترة عشر سنوات من التعرض اليومي المستمر لهذه المواد، ولكن بعض الناس الذين يعملون في الأسبستوس، وفي شروط صحية سيئة، يصابون بداء الأسبست (Asbestosis) وهو نوع من تغبُّر الرئة يسببه غبار الأسبستوس في فترة أقل بكثير، أما تغبر الرئة الخاص بعمال مناجم الفحم فإنه يستغرق حوالي (25) سنة أحياناً.

الأعراض: تظهر الزلة التنفسية كعرض أول ورئيسي للإصابة بتغبر الرئة، وذلك عند بذل أي جهد. وفي حالة داء السحار السيليسي (التغبر بالسيليسيوم) تسوء الأعراض أكثر وتترافق بتدرن الرئتين (راجع التدرن ص 739). وعلى أية حال يحدث في كل أنواع التغيرات عادة سعال مع نفث قشع شبيه بالقشع الناتج عن التهاب القصبات المزمن (ص 420)، ويكون لون قشع عمال مناجم الفحم أسود غالباً.

العلاج: على الذين يعملون في جو مملوء بالغبار تصوير رئاتهم شعاعياً مرة واحدة، على

الأقل، كل سنة. وإذا أصيب أحدهم باللهاث عليه مراجعة الطبيب فوراً. فإذا كانت الإصابة شديدة، فمن الأفضل تغيير العمل، والامتناع نهائياً عن التدخين وإبقاء الحالة تحت المراقبة المستمرة، ذلك لأن مضاعفات تغبر الرئة تضاف، في هذه الحالة، إلى مضاعفات التدخين أو تزيدها سوءاً.

يصعب علاج مرض تغبُّر الرئة، وقليلة هي الحالات التي يمكن علاجها، حيث تستعمل في علاجها العقاقير الستيروئيدية.

رئة المزارع (Farmer's lung)

يحدث هذا المرض نتيجة التعرض المتكرر لفطر ينمو في قمح أو قش متعفن، وهو يصيب فقط الناس الذين لديهم أرجيَّة للفطر، حيث تسبب هذه الأرجيَّة التهاب الرئة، الأمر الذي يضيِّق مجاري الهواء ويثخِّن جدران الأسناخ (Alveoli). أما تأثيرات هذا المرض فهي مشابهة لتأثيرات تغبُّر الرئة (البحث السابق) لذلك يدعوه البعض بتغبر الرئة العضوي، ويحدث تفاعل أرجي مشابه لأنواع معينة من الفطور بين العمال الذين يتعاملون مع الجعة والفطر ومواد نباتية أخرى مختلفة. وهناك اضطراب آخر مشابه لهذا الاضطراب يصيب الناس الذين يتعاملون مع الحيوانات، ومربي الحمام، أو أي أناس لهم اتصال متكرر مع الطيور على مختلف أنواعها (لأن الفطر يتكاثر غالباً في روثها).

الأعراض: أهم أعراض رئة المزارع هي الزلة التنفسية التي تصبح مزعجة بعد بضع ساعات من التعرض للفطر، ولكنها تختفي بعد بضع ساعات أخرى، ويرافقها عادةً سعال جاف. وبما أنه يحصل لدى المصاب بعض الأعراض كالحمى والقشعريرة والصداع فربما يحدث خطأ في تشخيص حالة رئة المزارع على أنها حالة (أنفلونزا) أو ربو.

المضاعفات: رئة المزارع والتفاعلات الأرجية المشابهة لها نادرة الحدوث، حيث أن القليل من الناس المعرضين بشكل مستمر للفطور معرضون لهذا الاضطراب. فإذا أصبت بالمرض ولم تكتشف سبب ما ألم بك من أعراض، ولم تعالج نفسك، فإن تكرار الإصابة مع تكرار تعرضك للفطور سيزيد حالتك سوءاً، وإذا استمر المرض دون علاج لفترة طويلة فإن أي التهاب رئوي قد يخرب نسيج الرئة المرن فيصبح نسيجاً قاسياً متندباً، والنتيجة حدوث زلة تنفسية متقدمة دائمة تؤدي إلى قصور تنفسي وقصور قلبي (ص 460).

العـلاج:

العلاج الذاتي: على المصاب أن يتجنب المزيد من التعرض للفطر، وتغيير العمل إن أمكنَ ذلك، وإلا يمكنه ارتداء قناع واقٍ على الأنف والفم عند التعرض للغبار، وفي معظم الحالات ليس هناك أي إجراء آخر ممكن أو ضروري.

العلاج الاختصاصي: إن علاج هذا الاضطراب إذا كان قد حدث منذ فترة طويلة يكون أكثر صعوبة مما لو كان في مراحله الأولى، وأفضل العقاقير فعالية في العلاج هي العقاقير الستيروئيدية التي يجب استعمالها لعدة شهور.

ملاحظة: إن أفضل طريقة لتجنب الإصابة برئة المزارع، هو ارتداء قناع واقٍ يرشح الجزئيات الدقيقة والفطور المسببة لحدوثها.

سرطان الرئة (Lung cancer)

هناك عدة أنواع لسرطان الرئة لكن أكثرها شيوعاً هو الذي يصيب القصبات (السرطانة القصبية)، وقد ثبت أن التدخين هو السبب الأكثر أهمية في إحداث سرطانات الرئة كلها، حيث إن دخان التبغ المستنشق يتلف الخلايا التي تبطن القصبات، والعديد من العلماء يعتقدون بأن تلك الخلايا التالفة تشكل المرحلة الباكرة من السرطان. وبعض تلك الخلايا يشكل تدريجياً نوعاً من ورم على شكل ثؤلول يمكن أن يكون نقطة البداية لسرطان القصبات. وبتفاقم الورم يمكن أن ينتشر عبر القصبات الى الرئتين، وتدخل الخلايا السرطانية إلى مجرى الدم فيحملها لتتوضع في المخ، أو الكبد، أو العظام أو الجلد وغيرها من أعضاء الجسم، حيث تُحدث نمواً لسرطانات ثانوية أخرى.

الأعراض: العرض الأول لسرطان القصبات، عادة، هو السعال، الذي غالباً ما يكون متزايداً عند المدخنين، ويكون المرض غالباً مرتبطاً بالتهاب القصبات المزمن (ص 420)، وتقريباً نصف الأشخاص الذين يعانون من سرطان الرئة كان لديهم التهاب قصبات مزمن منذ عدة سنين، ويسعلون وينفثون قشعاً ممزوجاً بالدم. يشعر المصاب بسرطان الرئة بقليل من ضيق التنفس والأزيز أحياناً، وبألم في الصدر قد يكون حاداً أثناء التنفس بعمق، وقد يكون مستمراً.

تظهر العلامات الأولى لسرطان الرئة أحياناً في أعضاء أخرى من الجسم بسبب انتقال السرطان إليها، حيث تنمو سرطانات ثانوية يمكن أن تكون هي التي تُنبئ عن وجود السرطان الأولي في الرئة. وأعراض السرطانات الثانوية تعتمد على المكان الذي استقرت فيه خلايا السرطان المنتقلة، فإذا استقرت في الدماغ، مثلاً، فسوف يعاني المصاب من الصداع والأرق أو قد يصاب بالصرع أو بالسكتة الدماغية، أما عندما تستقر في العظام فإن الأعراض تكون ألماً، أو تورماً أو كسراً فيها، وإذا استقرت في الجلد فتظهر على شكل كييس منتفخ، وإذا استقرت في الكبد فالأعراض هي عسر في الهضم أو يرقان. . . .

المضاعفات: سرطان القصبات هو الشكل الأكثر انتشاراً من بين السرطانات، في العالم الغربي، ويستغرق فترة طويلة حتى يتفاقم، وقد أثبتت الدراسات والإحصائيات وجود

علاقة قوية جداً بين التدخين والإصابة بهذا السرطان، فإذا كنت مدخناً فإن احتمال إصابتك يرتبط بالكم الذي تدخنه، وإذا لم تدخن أبداً في حياتك فمن الأرجح أنك لن تصاب بسرطان القصبات. والذين يدخنون بشكل خفيف معرضون للإصابة عشرة مرات أكثر بالنسبة لأولئك الذين لا يدخنون، في حين أن الذين يدخنون بكثرة معرضون للإصابة أكثر بحوالي (25) مرة. وحالما تبدأ بترك التدخين تبدأ هذه الخطورة بالتناقص. وبعد عشر سنوات من ترك التدخين يكون لديك نفس الفرصة في النجاة من سرطان القصبات مثل أولئك الذين لم يدخنوا أبداً.

إذا أصبت بسرطان الرئة وتم اكتشاف ذلك في وقت مبكر جداً ومع بداية الأعراض، فإن المعالجة الجراحية مصحوبة بالمعالجة الشعاعية تكون شافية بنسبة أقل من (10%) بشكل عام. ولكن من الملاحظ أن المصابين بسرطان الرئة لا يكتشفون أمر مرضهم، وبالتالي لا يطلبون العلاج إلا بعد مرحلة متقدمة من انتشار المرض حيث لا تجدي المعالجة الجراحية نفعاً، وبالتالي يكون الشفاء بعيد المنال.

العلاج: الخطوة المهمة جداً في الوقاية من سرطان القصبات هي التوقف عن التدخين فوراً، خاصة إذا كان المدخن يعاني من السعال. وإذا كان يسعل بشكل متزايد، أو يشكو من ألم في الصدر ومن وجود دم مع القشع الذي ينفثه فعليه أن يراجع الطبيب فوراً، وهو سوف يطلب إجراء صور شعاعية للصدر، فإذا تبين وجود علامات سرطان فسيجري تنظيراً للقصبات ليرى إلى أي مدى قد تطور السرطان، وللتأكد بوضوح من دقة وسلامة التشخيص الأولي. فإذا ثبت وجود السرطان فيجب الإقلاع فوراً عن التدخين. وهذا كل ما يستطيع المصاب أن يفعله لنفسه، أما الطبيب فإنه سوف يجري جراحة لاستئصال ما يمكن استئصاله من الورم الخبيث، حيث يصعب في حوالي ثلثي الحالات استئصال الكتل السرطانية بشكل كامل، ويتبع ذلك معالجة شعاعية، التي يمكن أن تبطئ من تقدم السرطان، ويمكن أن تزيل الأعراض لعدة شهور أو سنوات، ويمكن، إضافة إلى ذلك، العلاج أيضاً بالعقاقير السامة للخلايا (راجع التعاريف ص 9)، هذه العقاقير التي تقتل الخلايا السرطانية وتؤثر أيضاً على الخلايا السليمة بنسبة أقل، وقد أثبت هذا العلاج تأثيره الفعال على السرطانات، مثل مرض داء هودجكين (ص 537) واللوكيميا (ص 526)، وتطبيقه يستغرق عدة شهور. تُحدث العقاقير السامة للخلايا عدة تأثيرات جانبية لكن نتائجها جيدة؛ وبما أنه علاج حديث نسبياً فإن نتائجه، على المدى الطويل، لم تعرف بعد. ومهما يكن فإنها تقدم الأفضل عندما لا تنجح الجراحة، مع العلم أن هناك عدة أنواع من العقاقير السامة للخلايا، واختيار العلاج الأنسب يعتمد على مدى تطور الورم وعلى نوع السرطان ومقدار انتشاره وانتقاله، ولا بد من مناقشة الأمر مع الطبيب، ورغم أن الإصابة بسرطان الرئة حالة خطرة فإنه من الممكن علاجه والشفاء منه أحياناً.

عملية استئصال الرئة (أو استئصال فص رئوي)

عملية استئصال الرئة تعني استئصالاً كاملاً للرئة، وكذلك فإن عملية استئصال فص رئوي تعني استئصال فص واحد من الرئة، وكلا العمليتين تُجريان عادة لمعالجة سرطان الرئة عندما يتم تشخيص المرض في مرحلة مبكرة، وأحياناً لمعالجة التدرن أو التوسع القصبي.

إجراء العملية: تحت تأثير البنج العام يجري الجراح شقاً من الأمام إلى الخلف في الجهة المصابة على امتداد مسار الحافة السفلية للضلع الأسفل، ويتم انتزاع ضلع واحد عادةً، ومن ثم يتم استئصال الرئة المصابة، أو الفص المصاب، عبر فرجة مناسبة، وتستغرق العملية عادة ما بين ساعة واحدة وثلاث ساعات.

بعد العملية: يبقى المريض عدة أيام في وحدة العناية المشددة، وفي غضون ذلك، يمكن أن يتم تسريب بعض الغذاء والعقاقير عبر الوريد، كما يتم وضع أنبوبي نزح على الأقل في مكان الشق لنزح السوائل الناجمة عن العملية. وقد يتوجب على المريض أن يتنفس عبر قناع أكسجين، كما يمكن أن يساعد تنفسه على نحو أفضل بأن يسعل مراراً لطرح أية مفرزات، وتدوم فترة الاستشفاء عادة من (2 ـ 3) أسابيع.

النقاهة: بعد النصيحة بالإقلاع كلياً عن التدخين مدى الحياة، يحتاج المريض لعدة أشهر نقاهة بعد مغادرته المستشفى.

التليّف الخلالي (Interstitial fibrosis)

يدعى هذا المرض أيضاً بالتليُّف الخلالي المنتشر (Diffuse interstitial fibrosis) أو تليف الأسناخ الرئوية (Pulmonary alveolar fibrosis) . وفي هذا الاضطراب تعاق فعالية الرئتين بسبب تشكل المزيد من مادة النسج المتليفة والتي تسد القصبات الرئوية أو المجاري الهوائية في الرئتين، وتجعل جدران الأسناخ أكثر سماكة (الأسناخ هي أكياس أو تجاويف هوائية صغيرة جداً توجد عند نهايات القصيبات، وعند جدران هذه الأكياس الصغيرة يتم التبادل بين أكسجين الهواء وثاني أوكسيد الكربون الموجود في الدم).

التليُّف الخلالي هو اضطراب نادر الحدوث ولكنه خطير، وغير معروف السبب.

الأعراض: من الممكن أن يكون التليُّف الخلالي إما حاداً أو مزمناً، وأهم عَرَض للشكل الحاد هو اللهاث الشديد المتزايد مع سُعال مترافق بنفث قشع ملطخ بالدم والإحساس بألم صدري. يكون تقدم هذا المرض مريعاً جداً بحيث يموت معظم المصابين به خلال سنة. أما الشكل المزمن فهو أكثر شيوعاً، ويبدأ في متوسط العمر، وتتقدم أعراضه ببطء أكثر بكثير من تقدمها في الشكل الحاد. ومن أعراضه تعجر أو تشوه رؤوس الأصابع الذي يحدث أيضاً لدى عدد من المصابين بأمراض الرئة المزمنة الأخرى.

العلاج: ينتهي كلا الشكلين الحاد والمزمن من التليُّف الخلالي بقصور تنفسي، وفي آخر

الأمر الموت، ويُخفف العلاج بعقاقير الستيروئيدات من أعراض هذا المرض، كما يبطئ تقدم الاضطراب.

الأصابع المتعجرة (Clubbed fingers)

الأصابع المشوهة هي عرض لمرض رئوي مزمن، وفي هذا الاضطراب تبدو الجليدات مختفية والأظافر منحنية حول نهايات الأصابع، وربما انبسطت رؤوس الأصابع أيضاً نحو الخارج وأصبحت بشكل مسطح، وفي الحالات الشديدة ربما تصاب نهايات أصابع القدم أيضاً، وأما سبب هذا التشوه فغير معروف.

وذمة الرئة (Pulmonary edema)

وذمة الرئة حالة حادة ومؤلمة، وهي عَرَض لإصابة الإنسان بقصور القلب (ص 460)، وتكون أحياناً مهددة للحياة. تحدث (الوذمة) بسبب قصور في عملية ضخ الدم التي يقوم بها البطين الأيسر، مما يسبب انحجازاً جزئياً للدم في الأوردة الرئوية التي تنقل الأكسجين من الرئة إلى البطين الأيسر، فيرتفع الضغط في الأوعية الدموية الموجودة في الرئة، وكنتيجة لذلك يرشح (ينز) السائل منها إلى داخل الأسناخ الرئوية حيث المكان الذي تجري فيه عملية تبادل الأكسجين مع ثاني أوكسيد الكربون (يأخذ الدم الأكسجين من الهواء ويطلق فيه غاز ثاني أوكسيد الكربون). وعملية تراكم السائل هذه، داخل الأسناخ، تؤدي إلى انتفاخ الرئتين، وبالتالي حدوث وذمة رئوية. عند الإصابة بوذمة رئة دون معرفة ذلك، فقد تحدث فجأة زلة تنفسية، وهذه الحالة تدعى هجمة وذمة رئوية.

الأعراض: العَرَض الأساسي لهجمة وذمة الرئة هو ضيق في التنفس يزداد سوءاً بعد مرور بضع ساعات لدرجة أن المصاب يجاهد لكي يتنفس، وهي تحدث عادة عند منتصف الليل. ويكون ضيق التنفس بشكل عام، مصحوباً بسعال جاف ومترافق بشعور بوخز خفيف في المراحل الأولى، وتدريجياً يبدأ المصاب بنفث قليلاً من القشع مصحوباً بلطخ من الدم، وإذا كانت النوبة حادة فإن لون المصاب يميل إلى الزرقة بسبب نقص كمية الأكسجين في دمه.

العلاج: إذا حدثت وذمة رئة، واكتشف الطبيب أن السبب هو قصور في القلب، فإن علاج الحالة يكون بعلاج قصور القلب. وإذا حدث ضيق تنفس مفاجئ فيجب مراجعة الطبيب فوراً، لأنها حالة خطرة قد تؤدي إلى الموت.

العلاج الذاتي: على المصاب بأزمة مما هو موصوف سابقاً، البقاء هادئاً، والجلوس بشكل معكوس، على كرسي ذي مسند وفتح الرجلين مع وضع الذراعين فوق ظهر الكرسي مما يساعد على التنفس بارتياح.

العلاج الاختصاصي: أهم ما في الأمر هو التخلص من ضيق التنفس بأسرع ما يمكن، والمشفى أفضل مكان لذلك حيث يزود المصاب بالأكسجين، ويعطى عدة أدوية يمكن حقن إحداها عبر الوريد مما يعطي نتائج أفضل وأسرع. ويستعمل المورفين لإبطاء وتعميق التنفس، ومدر البول يساعد على تصريف السوائل المتراكمة داخل الرئتين أو إخراج الهواء المحجوز داخلهما. وإذا كان المصاب لا يستعمل الدواء المسمى الديجيتالين (Digitalis)، فسوف يطلب الطبيب منه أن يبدأ بتناوله لتقوية عمل القلب، وقد يصف مضاداً حيوياً إذا وجد أن ذلك ضرورياً.

الغرناوية (Sarcoidosis)

هو مرض نادر يظهر فجأة بشكل بقع متعددة صغيرة ملتهبة في واحد أو أكثر من أجزاء الجسم، وغالباً ما تصاب الرئتان به، علماً أنه لا أحد يعرف سبب حدوثه أو كيف تختفي آثاره ولماذا يشفى من تلقاء نفسه.

غالباً، لا أعراض سابقة لهذا المرض، وإن وجدت فإنما تعتمد على نوعية النسج أو الأعضاء المصابة من الجسم. فإذا أُصيبت الرئة، مثلاً، فلربما يصاب المريض بلهاث، أما النسيج الندبي الناتج عن هذه الإصابة فيؤدي إلى خمج جرثومي أو إلى توسع قصبات (ص 432). أما النسج والأعضاء الأخرى التي يمكن أن تصاب، بهذا المرض، فتشمل الجلد والرئتين والغدد اللمفاوية والكبد والطحال والعينين وعظام اليد والقدم.

العلاج: إذا لم تعالج الغرناوية فإنها، بشكل عام، تزول بعد سنتين أو ثلاثة سنوات. وتتم المعالجة باستعمال العقاقير الستيروئيدية التي يبدو أنها العلاج الوحيد الفعال في غرناوية الرئتين.

تشخيص الغرناوية: بإمكان الطبيب أن يؤكد الإصابة بالغرناوية بحقن مستحضر خاص تحت جلد الساعد ثم فحص عينة من نسج هذه المنطقة بعد ستة أسابيع، وهذا الإجراء يعرف باختبار كفيم (Kveim).

الفصل السابع

اضطرابات القلب والدوران (Disorders of the heart and circulation)

يؤدي الدم دوراً هاماً وحيوياً في جسم الإنسان، بل إن الحياة تنعدم من غير دم. فهو يحمل الغذاء والأكسجين إلى كل أنحاء الجسم فيزوّد كل خلية فيه بما تحتاجه من مواد أولية وطاقة، ويحمل منها كل الفضلات الناتجة عن ما تقوم به من أعمال، لينقلها بعيداً، حيث تقوم أجهزة الجسم المختلفة بطرح تلك الفضلات (مثال ذلك الكلى تطرح البول)، كما يقوم الدم بدور فعال في المحافظة على درجة حرارة الجسم في حدودها الطبيعية. وحتى ينجز الدم كل عملياته يتحتم عليه أن يستمر بالدوران داخل الجسم بشكل دائم.

يقع القلب في مركز جهاز الدوران، وهو ينبض باستمرار، فيضخ، في كل دقيقة، حوالي أربعة لترات ونصف اللتر على الأقل من الدم عبر دورة كاملة في الجسم.

يمكن تقسيم القلب إلى قسمين رئيسيين: أيمن وأيسر، يقوم الجزء الأيمن منه بضخ الدم إلى الرئتين، حيث تتم فيهما عملية المبادلة الغازية بين أكسجين الهواء، وغاز ثاني أوكسيد الكربون الذي يحمله الدم (يُطلق غاز ثاني أوكسيد الكربون (CO_2) مع هواء الزفير)، أي أن الدم يأتي إلى الرئتين محملاً بالفضلات الغازية، أهمها غاز ثاني أوكسيد الكربون، ويخرج منهما محملاً بالأكسجين عائداً إلى القسم الأيسر من القلب، حيث يضخه إلى جميع أنحاء الجسم، فيقدم الغذيات والأكسجين لأنسجة الجسم كلها ويعود مجدداً للقلب محملاً بالفضلات وغاز ثاني أوكسيد الكربون.

يتدفق الدم من القلب، سواءً نحو الرئتين أو نحو جميع بقية أنحاء الجسم، عبر أوعية دموية تدعى الشرايين. وهذه تتفرع بدورها وتنقسم مراراً حتى تصبح على شكل أوعية صغيرة جداً تدعى الشعيرات الدموية، وعلى امتداد هذه الشعيرات يقوم الدم بتحرير الغذيات والأكسجين إلى الأنسجة ويلتقط الفضلات (أي أن عملية المبادلة هذه تحدث في النهايات الشعيرية الدقيقة). وأخيراً تلتقي هذه الشعيرات الشريانية مع الشعيرات الوريدية حيث يتابع الدم جريانه فيها وتبدأ هي بدورها تتجمع من جديد لتشكل أوردة أثخن فأثخن تعود حاملة الدم إلى القلب. وفي أثناء عودتها تمر ببعض الأعضاء، مثل الكبد، حيث تقوم هذه الأعضاء بالتقاط الفضلات من الدم وطرحها إلى خارج الجسم.

يصاب القلب وجهاز الدوران بأمراض عديدة ومتنوعة. سنقوم في هذا الفصل بدراسة أكثر هذه الأمراض شيوعاً. (راجع اضطرابات القلب الولادية (ص 880)).

أكثر أمراض القلب شيوعاً، في أيامنا هذه، هو داء الشرايين الإكليلية الذي ينجم عن التصلب العصيدي، وهذا عبارة عن تثخن في بطانة الأوعية الدموية، مع العلم أن سبب هذا التثخن غير معروف على وجه اليقين، لكن من خلال الممارسة الطبية تبين أن ثمة عوامل محددة ربما تكون ذات ارتباط بهذا التصلب، يأتي في مقدمتها، تدخين السجائر بإفراط، البدانة، نقص في التمرين البدني، وتناول كميات كبيرة من الدهون.

يَخفق القلب بثبات وانتظام طالما بقي الإنسان سليماً معافى، أما إذا أُصيب بالأمراض فإن ضربات القلب ستصبح غير منتظمة أو سريعة أو بطيئة بخلاف المعتاد. هذه الاضطرابات تدعى اللانظميات، وهي حالات يمكن معالجتها عادة بالعقاقير أو بتثبيت ناظمة (Pacemaker) (راجع ص 475) في القلب بغية تنظيم ضرباته.

يوجد في القلب صمامات وحيدة الاتجاه تحافظ على جريان الدم باتجاه واحد فقط، فأي خلل يصيب عمل تلك الصمامات يؤدي إلى حدوث مرض يُدعى المرض القلبي الصمامي. ولكن، لحسن الحظ، فإن الجراحين قادرون اليوم على إصلاح أو استبدال تلك الصمامات المؤوفة، أضف إلى ذلك أنه حتى لو كان القلب يخفق بانتظام، فإن أذية الأوعية الدموية، في أي مكان من الجسم، يمكن أن تسبب اضطرابات في القلب.

لقد تحسنت معالجة اضطرابات القلب والدوران في العشرين سنة الأخيرة تحسناً ملحوظاً، وهذا يعود، بشكل كبير، لتحسن طرق الجراحة، لكن، ومع الأسف، فكثيراً ما يكون العرض الأول لإصابة القلب هو اضطراب خطير أو عجز دائم، أو ربما الوفاة المفاجئة، لذلك وباعتبار أن عدة أنواع من أمراض القلب وجهاز الدوران يمكن تفاديها مسبقاً، فإن الأطباء يزيدون من تأكيدهم على أهمية سلوك الأصحاء أسلوباً سليماً في حياتهم حتى لا يصابوا بتلك الأمراض الخطرة، وهم يعنون بذلك تأكيد القاعدة الصحية الهامة أن الوقاية من المرض أفضل بكثير من الإصابة به ومن ثم علاجه بعد حدوثه. «درهم وقاية خير من قنطار علاج».

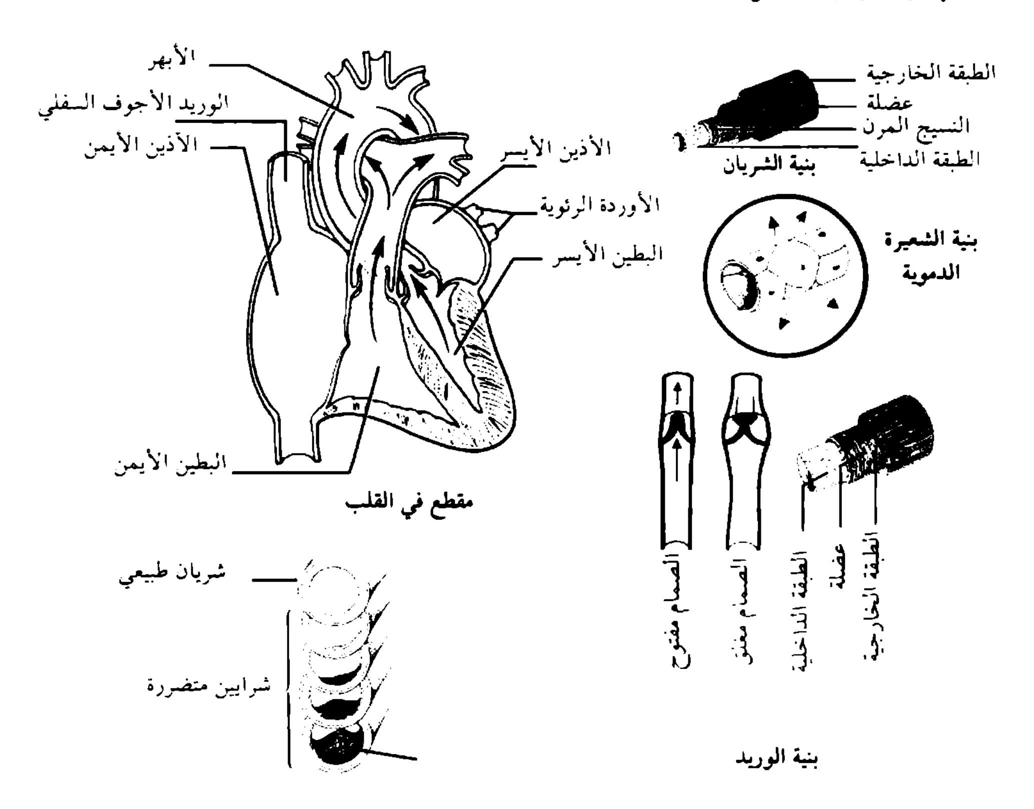
- 1 -

الاضطرابات الكبرى (Major disorders)

تشير الإحصائيات في البلاد الغربية (حيث يهتمون بالإحصائيات) إلى أن أمراض القلب تسبب ثلث مجموع عدد الوفيات فيها، في حين أن معظم تلك الوفيات ناجم عن داء الشرايين الإكليلية وارتفاع ضغط الدم.

سنناقش فيما يلي معظم اضطرابات القلب واختلاطاتها بما فيها الصدمة وقصور القلب والذبحة الصدرية والهجمة القلبية وغيرها.

القلب والأوعية الدموية



القلب: هو كتلة عضلية تنقسم إلى قسمين: أيمن وأيسر. وكل قسم ينقسم إلى حجرتين علوية وسفلية، تتصلان ببعضهما بواسطة الصمامات. وأكبر الحجرات هي البطين الأيسر، وهذا يضخ الدم الذي تم أكسجته حديثاً في الرئتين عبر الشريان الأبهر إلى جميع أنحاء الجسم، ومن ثم يعود الدم إلى القلب عبر وريدين كبيرين هما الوريدان الأجوفان العلوي والسفلي، فيدخل الأذين الأيمن ويمر عبر الصمام مثلث الشرف إلى البطين الأيمن ومنه يتم ضخه عبر الشريان الرئوي إلى الرئتين حيث يتأكسج ويعود بواسطة الأوردة الرئوية إلى الأذين الأيسر ومنها عبر الصمام التاجي إلى البطين الأيسر، وهكذا يتابع جولته دون توقف.

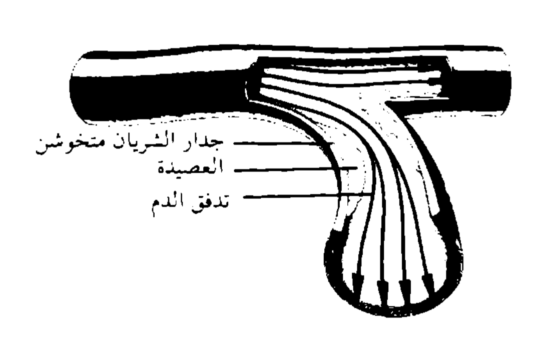
الشرايين: وظيفة الشرايين هي نقل الدم من القلب إلى جميع أنحاء الجسم، لذلك هي ذات جدران قوية ومرنة تمكنها من تحمل ضغط ضخ الدم من القلب. وهي تتألف من أربع طبقات: غلاف ليفي خارجي وعضلة قوية وطبقة متينة من نسيج مرن وبطانة غشائية داخلية.

الشعيرات: هي امتدادات دقيقة جداً من الشرايين ذات جدران رقيقة جداً بحيث تؤمن وصول الدم إلى كل خلية من خلايا الجسم وبذلك تنفذ الغذيات والأكسجين من الدم عبر جدرانها لتصل إلى كل الأنسجة وفي نفس الوقت يتم التقاط الفضلات وحملها إلى الأوردة التي تنقلها إلى أماكن إتلافها وطرحها.

الأوردة: تحمل الأوردة الدم إلى القلب، وباعتبار أن الدم الذي تقوم بنقله يقع تحت ضغط أقل بكثير من ذاك الواقع في الشرايين، فإن جدرانها تمتاز بأنها أقل ثخانة ومرونة وكثافة وذات طبقة عضلية أقل سماكة. وإن انضغاط جدرانها بواسطة ضغط عضلات الجسم العادي يدفع بالدم داخل الأوردة، وأن وجود الصمامات ضمنها يمنع الدم من العودة في الاتجاه المعاكس. تتألف جدران الأوردة من ثلاث طبقات: غلاف ليفي خارجي، وطبقة عضلية رقيقة، وبطانة غشائية داخلية.

التصلب العصيدي (Atherosclerosis)

تنقل الشرايينُ الدمَ من القلب إلى بقية أنحاء الجسم، وهي أوعية دموية تتكون جدرانها من طبقة عضلية مرنة وملساء من الداخل، وبذلك تكون قابلة للتمدد والتمطط متجاوبة مع التبدلات الكبيرة في ضغط الدم الحادثة داخلها مع كل نبضة قلب، مما يؤمن مرور الدم عبرها بحرية ودون آثار جانبية على القلب أو غيره من الأعضاء. ولكن، في بعض الأحيان، تترسب طبقات دهنية على الجدران الداخلية للشرايين، خاصة عند منطقة تفرع الشريان (منطقة مجهدة)، أو في نقطة يكون فيها الشريان قد تعرض للعطب الخفيف. وبتشكل تلك التكونات الدهنية يزداد عطب جدار الشريان أكثر فأكثر، وفي النهاية قد تصبح الرسابة (The streak) (الكتلة المترسبة) كتلة صلبة من نسيج شحمي تتلف جدار الشريان (أي تصيبه بالتآكل)، وتقلل من مرونته وتضيِّق مجراه، مما يعيق تدفق الدم خلاله. تعرف هذه الرسابة بالعصيدة (Atheroma). وتدعى الكتلة العصيدية الكبيرة باللويحة (Plaque). وهكذا فإن تعبير، التصلب العصيدي يعني حرفياً التصلب نتيجة العصيدة (Hardening from atheroma).



يشكل التصلب العصيدي عاملاً مساهماً مهماً في التصلب الشرياني (راجع تصلب الشرايين ص 491)، وهو المسبب لداء الشرايين الإكليلية (البحث التالي).

أصبح التصلب العصيدي اليوم مرضاً شائعاً في العالم بشكل عام، وقد وجد أن أحد الأسباب الرئيسية لحدوثه، هو وجود الدهون في الدم بما فيها الكولسترول (Cholesterol). حيث يتناول غالبية الناس في العالم اليوم مقادير كبيرة من الأطعمة الغنية بالكولسترول والدهون، مثل اللحم والزبدة والبيض، وتؤكد بعض الأبحاث أن نوعية هذا الطعام هو أحد المسببات الرئيسية للإصابة بالتصلب العصيدي.

تكون فرص إصابتك بهذا المرض مرتفعة إذا كان لديك مستويات كولسترول في دمك أعلى من الحد الطبيعي وكذلك إذا كنت ذكراً في أي عمر، أو امرأة فوق الخامسة والثلاثين. وإذا كنت مدخناً، وإذا كنت مصاباً بمرض، مثل داء السكري أو القصور الكلوي أو ارتفاع ضغط الدم (لمزيد من المعلومات عن أولئك الأشخاص الواقعين في مجال الخطورة المرتفعة للإصابة بالتصلب العصيدي، راجع داء الشرايين الإكليلية في البحث التالي)، مع العلم أن شدة التصلب العصيدي تزداد مع تقدم العمر.

الأعراض: نادراً ما تظهر أية أعراض للتصلب العصيدي في بداية الإصابة، لكنها تبدأ بالظهور بعد أن تصبح الآفة الناجمة عنه فعالة، وتحدث عادة بعد عدة سنوات من بدء الإصابة، وتكون بسبب نقص الدم في جزء محدد من الجسم، ولذلك فإنها تعتمد على هذا الجزء المصاب من الجسم ومدى تضرره. فقد تكون الإصابة مجرد معوص عضلية (تشنجات) في الساقين تحدث بعد اجراء التمارين الرياضية، أو إصابة بسكتة (ص 288)، أو قصور كلوي (ص 658)، أو ذبحة صدرية (ص 453)، أوهجمة قلبية (ص 456).

المضاعفات: قد يصاب المرء بالتصلب العصيدي دون أن يشعر بأية أعراض مرافقة للآفة، ذلك لأن أجزاء الجسم المختلفة غالباً لا تتزود بالدم من شريان رئيسي واحد وفروعه، بل ومن فروع صغيرة من الشرايين المجاورة أيضاً، التي قد لا تتأثر من عطب الشريان الرئيسي. لذلك عندما يتناقص الوارد الدموي من شريان رئيسي فإن الشرايين الأخرى تستطيع، أحياناً، أن تُعاوض ذلك النقص بتوسعها، مما يسمح بالمحافظة على مقدار الدم ثابتاً وكافياً في الجسم. وحتى عندما يصيب التصلب أنسجة الجسم المعتمدة على شريان وحيد ليزودها بالدم فإن هذا الشريان ربما يتضيق تضيقاً مهماً دونما تأثيرات مَرَضية، ولربما يعود ذلك إلى أن التزويد الدموي الطبيعي إلى نسيج معين يكون عادة أكثر مما يحتاجه النسيج فعلياً للمحافظة على سلامته.

وهكذا، فإن التصلب العصيدي قد يسبب ضرراً بسيطاً أو ربما لا يضر أبداً ولسنوات عديدة، لكن من المرجح أنه إذا تضيق أحد الشرايين بسبب ترسب النسيج الدهني على جدرانه من الداخل فإن جزء الجسم المعتمد على ذلك الشريان، أو أحد فروعه، سيعاني في النهاية من الافتقار إلى الدم. فإذا حدث ذلك في الشرايين الإكليلية التي تزود القلب بالدم، فإن هذا الشخص سيصاب بداء الشرايين الإكليلية وسيكون معرضاً لخطر الإصابة بالذبحة أو بنوبة قلبية. أما إذا أصيبت الشرايين المخيَّة التي تزود الدماغ بالدم، فقد يصاب هذا الشخص بسكتة أو بهجمة إقفار عابرة (ص 291)، ومن النتائج الأخرى المحتملة للتصلب العصيدي هناك احتمال الإصابة بالمُوات (ص 509) في الذراع أو الساق، أو تأذي الكلية الذي قد يفضي في كثير من الحالات إلى قصور كلوي مزمن (ص 659).

العلاج: حين تبدأ الأعراض بالظهور يكون المرض قد تطور إلى درجة أصبحت نتائجه مزعجة أو خطرة. إن الوقت الملائم لاتخاذ إجراءات العون الذاتي المنصوح بها أدناه هو قبل ظهور الأعراض، فهذه الإجراءات تساعد على تجنب أو تأخير بدء التصلب العصيدي. لذلك يجب عدم الانتظار حتى تبدأ الأعراض، بالظهور، بل البدء بالعلاج قبل ذلك.

بعد التطورات العلمية والتقنية الحديثة أصبح ممكناً العمل على إزالة أية رسابة دهنية متواجدة على بطانة الشريان، ولكن لا يمكن ذلك إذا كانت الكتلة عبارة عن لويحة عصيدية، أو إذا كانت كتلة قاسية كبيرة من النسيج الشحمي.

إن المعالجة الفعالة للتصلب العصيدي قد تخفض احتمال حدوث السكتات حتى في المراحل المتقدمة من الاضطراب، ولكن بعد مرحلة معينة فإن أي علاج يصبح غير قادر على تقليل إمكانية الإصابة بالهجمة القلبية. لذلك ننصح، أي شخص، باستشارة الطبيب حول سلامة قلبه إذا كان اثنان أو ثلاثة من أقاربه الأقربين مصابين باضطرابات قلبية أو دورانية، أو إن كان على علم أن بعض أقاربه الأقربين لديهم سويات مرتفعة من المواد الشحمية في دمهم، أو إذا كان مصاباً بالداء السكري، أو شك بوجود الإصابة لديه. قد يقترح الطبيب إجراء اختبار لمعرفة مقدار الكولسترول في دم المصاب ونسبة الشحوم فيه، ومن الاختبارات الأخرى المحتملة هناك تفقُّد ضغط الدم، واجراء صور شعاعية للصدر، ومخطط القلب الكهربائي، وتصوير الشرايين وغيرها. (راجع التعاريف ص 9).

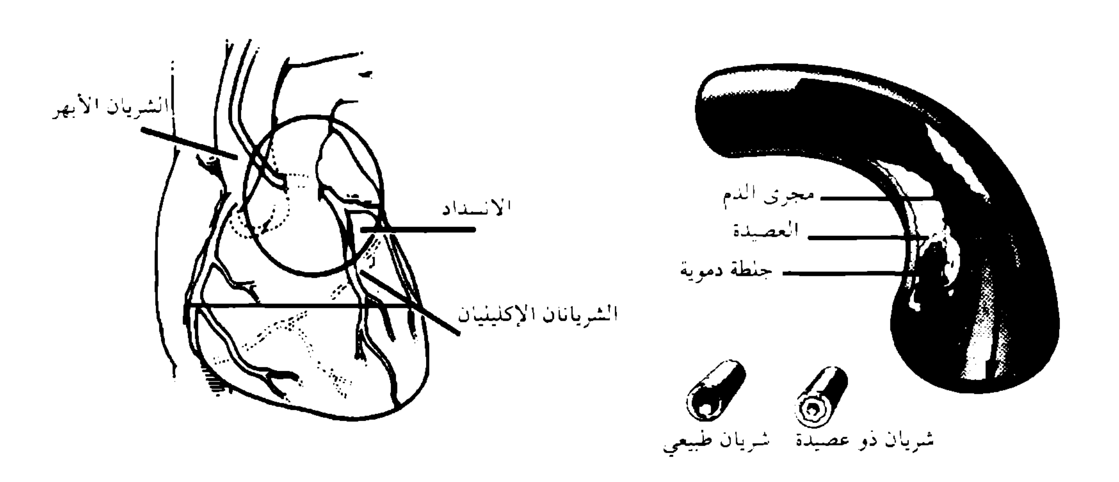
العون الذاتي: نظراً إلى أن خطورة ظهور تصلب عصيدي شديد تبدو مرتبطة بسوية المواد الشحمية، بما فيها الكولسترول، في الدم، لذا يتوجب تخفيض ما يتناوله المرء من الدهون الحيوانية، وغيرها من الدهون المشبعة، إذا كانت سوية الكولسترول لديه مرتفعة، وهناك جدل حول هذا الأمر في الأوساط العلمية، ولكن طالما أن المرء يتابع تناول الوجبة المتوازنة (راجع ص 29) فيمكنه أن يتجنب بعض الأطعمة دونما ضرر أو إزعاج مع استمرار تمتعه بطعامه. وعموماً، عليه أن يحاول تناول المزيد من لحم الطيور والأسماك والقليل من لحم البقر والغنم، وإذا أراد أن يأكل اللحم الأحمر (لحم خروف مثلاً)، فليكن خالياً من الدهن، وننصح بأكله مسلوقاً أو مطبوخاً أو مشوياً وتجنب أكله مقلياً. ولا يتناول أكثر من ثلاث بيضات مسلوقة كل أسبوع، وتجنب القشدة (القشطة) والكريما؛ وتناول الدهون النباتية الغنية بالشحوم العديدة اللامشبعة بدلاً من الزبدة أو السمنة. تناول المزيد من الفواكه والخضراوات، وتناول زيوت الطبخ ذات المحتوى المرتفع من الشحوم العديدة اللامشبعة، مثل زيت الذرة وزيت عباد الشمس أكثر من تناوله للزيوت النباتية الغير محددة التركيب، كما عليه أن يقلل مخصصاته الكلية من الدهون.

من المعروف أن مفرطي الوزن، إضافة إلى المدخنين بشراهة، معرضون على نحو خاص للإصابة بمعظم الإصابات التي يمكن أن تنجم عن التصلب العصيدي، ولذلك فإن الإقلاع عن التدخين، وتخفيف الوزن يفيدان كثيراً (راجع ص 31) ومتابعة إجراء تمارين رياضية باعتدال وعدم إجهاد النفس، فمثل هذا النشاط قد يحجب ظهور التصلب العصيدي ويزيد فرصة التمتع بحياة مديدة سليمة.

العلاج الاختصاصي: تتمثل مساعدة الطبيب بمراقبة ضغط دم المصاب ومعالجته من ارتفاع ضغط الدم عند الحاجة إلى ذلك. وإذا كانت سوية الكولسترول مرتفعة في دمه ارتفاعاً يتجاوز المعدل الطبيعي، فقد يصف دواء يساعد على خفض الكولسترول، وينصح بإجراء تغيير في نوعية طعام، وبإجراء بعض التمارين الرياضية اليومية.

داء الشرايين الإكليلية (Coronary artery disease)

تحتاج عضلة القلب حتى تقوم بعملها بشكل سليم إلى جريان كمية ثابتة من الدم يكون غنياً بالأكسجين والغذيات، وبحيث تحافظ على القلب نفسه سليماً وفاعلاً.



تشكل الجلطة الدموية في الشرايين: تتشكل العصيدة، أو بقعة من النسيج الدهني، في نقطة حيث تدفق الدم يكون مضطرباً، فيتخشن جدار الشريان وتسبب اضطراباً متزايداً في تدفق الدم، وهذا بدوره قد يطلق تشكل جلطة يمكن أن تتنامى فتسد الشريان.

الشريانان الإكليليان: يتدفق قسم من الدم المؤكسج حديثاً والذي يُضخ عبر الأبهر إلى داخل الشريانين الإكليليين. وهذان الشريانان يشكلان شبكة متفرعة على امتداد سطح القلب ويمدان عضلة القلب بالدم الغني بالغذيات الذي تحتاجه العضلة لكي تعمل.

يغذي عضلة القلب شريانان رئيسيان يسميان الشريانان الإكليليان (Coronary arteries)، بالإضافة لوجود شبكة من الأوعية الدموية تسير على سطح عضلة القلب وتقوم بتغذيتها.

يمكن أن تتشكل الترسبات الشحمية، أو العصيدة، في أي واحد من الشرايين مما يؤدي لتضيق ذلك الشريان، وبالتالي نقص كمية الدم التي يمكنها أن تمر منه، وهذا ما يسمى التصلب العصيدي (ص 444). فإذا حدث ذلك في أحد الشريانين الإكليليين، أو فيهما كليهما، فإن الشريان المصاب قد يتضيق لدرجة يصبح فيها عاجزاً عن تزويد القلب بكفايته من الأكسجين، أضف إلى ذلك أن هذه الحالة قد تشكل جلطة (Clot)، أو خثارة (Thrombus)، يمكن أن تصيب الشريان بالإحصار.

ينبض القلب بسرعة أكبر كاستجابة منه لحاجة الجسم عندما يبذل جهداً عضلياً زائداً أو عندما يتعرض الإنسان لموقف عاطفي، وبالتالي تحتاج عضلة القلب، نتيجة ذلك الجهد، لمزيد من الأكسجين والغذيات، فإذا كانت الشرايين الإكليلية مصابة بالتضيق، أو بالإحصار،

فإنها لا تستطيع أن تتواءم مع مثل هذه الحاجة، وهكذا يؤدي إجهاد العضلة القلبية لحدوث ما يسمى (الذبحة) أو الألم القلبي (البحث التالي). وإذا انخفض التدفق الدموي إلى جزء من عضلة القلب، بشكل مفاجئ، انخفاضاً شديداً بسبب جلطة انحشرت في أحد الشرايين الإكليلية، فتحدث هجمة قلبية (ص 456).

الأعراض: غالباً ما يكون داء الشرايين الإكليلية بدون أعراض، وخاصة في مراحله الأولى. ولمزيد من المعلومات عن الأعراض اللاحقة (راجع الذبحة ص 453 والهجمة القلبية ص 456).

المضاعفات: أصبح داء الشرايين الإكليلية اليوم مرضاً شائعاً في معظم أنحاء العالم. وفي الغرب تظهر الإحصائيات أنه المسؤول عن حوالي (30%) من مجمل الوفيات، والنسبة أقل من ذلك في الدول النامية، وهو مرض يصيب الرجال أكثر مما يصيب النساء. **نورد فيما يلي بعض الحقائق التي تساعدك على معرفة ما إذا كنت عرضة، بشكل خاص، للإصابة بداء الشرايين الإكليلية**:

1 ـ يصاب الشبان أكثر من الشابات بداء الشرايين الإكليلية، إلا أن الخطورة بالنسبة للنساء تزداد بعد مرحلة الإياس (انقطاع الدورة الشهرية)، والنساء بعد سن الستين معرضات للإصابة بنفس نسبة تعرض الرجال تقريباً.

2 ـ هناك خطورة متزايدة إذا كنت مصاباً بارتفاع ضغط الدم أو بالداء السكري والمصابون بالداء السكري من الذكور معرضون للإصابة بمعدل الضعف من تعرض الذكور الآخرين، أما الإناث المصابات بالداء السكري فهن معرضات بمعدل خمسة أضعاف الإناث الأخريات.

3 ـ إذا كنت مدخناً للسجائر، فإنك معرض على الأقل للإصابة بمعدل ضعف تعرض اللامدخنين. إن المتوفين من هذا الداء بين عمر (35 ـ 45) سنة تبلغ لدى المدخنين خمسة أمثال عما هي عليه عند غير المدخنين.

4 ـ يبدو أن داء الشرايين الإكليلية ذو تواتر عائلي في وقوعه، فأنت أكثر عرضة للخطر إذ كان العديد من أقاربك الأقربين قد أصيبوا بهذا الداء.

5 ـ إذا كنت مفرط الوزن، فأنت أكثر عرضة للإصابة من شخص معتدل الوزن.

6 ـ إن كنت ذا عمل مكتبي فربما تكون أكثر عرضة للإصابة بهذا الداء من الأشخاص الذين يتضمن عملهم بعض العمل الجسمي المجهد.

7 ـ إن كنتِ امرأة فوق الخامسة والثلاثين سنة من العمر وتتناولين حبوب منع الحمل فأنت أكثر عرضة بكثير من النسوة اللواتي يستعملن طرائق أخرى.

إذا أصبت فعلاً بداء الشرايين الإكليلية، ولم تعالج مرضك، فربما تصبح شرايين قلبك محصورة باضطراد، ومن ثم فإن الإمداد الدموي إلى قلبك قد يصبح ضئيلاً جداً إلى حد الخطورة باحتمال الإصابة بهجمة قلبية قد تكون مميتة. ومع كل ذلك، وحتى بعد هجمة قلبية كبرى، فقد يكون من الممكن تعافي القلب من جديد لدرجة مقبولة، إلا أنه في بعض الأحيان قد تتأذى العضلة القلبية إلى حد يجعلها أقل قدرة على ضخ الدم، وهذا يؤدي إلى قصور القلب (ص 460).

يعيش العديد من الأشخاص لسنوات مع هذا المرض دون اضطراب، وقد يضطر آخرون لتقييد نشاطهم بسبب الهجمات المعاودة من الذبحة، كما أن العديد من هؤلاء قد يستطيعون متابعة حياتهم بفاعلية نسبية طالما أن المرض قيد الضبط والمراقبة. ويجب على بعض الأشخاص أن يكونوا شديدي الحذر، بحيث يتأكدون من عدم القيام بأي جهد خفيف، ومع ذلك فإن هؤلاء الأشخاص إن أمكن ضبطهم عاطفياً فقد يمضون بقية حياتهم مرتاحين وسعداء.

العلاج: إن كنت تعاني من أعراض داء الشرايين الإكليلية، فراجع بحث الذبحة الصدرية اللاحق (ص 453)، وبما أن العلامة الأولى لهذا المرض قد تكون الموت المفاجئ دون إنذار سابق، وإذا كنت تتوقع إصابتك بالمرض، فباشر باتخاذ التدابير الوقائية وطبق توصيات العلاج الذاتي اللاحقة، وعليك طبعاً أن تراجع طبيباً مختصاً بأمراض القلب لإجراء الفحوصات اللازمة التي تطمئنك على سلامتك.

العلاج الذاتي: لا يوجد حتى الآن أي إجراء يمكن أن يذيب العصيدة (Atheroma) أو الترسبات الدهنية التي تشكلت في الشرايين الإكليلية، ولكن يمكنك اتخاذ خطوات لاتقاء أو إبطاء المزيد من الترسبات. فإذا كنت مدخناً فاقلع عن التدخين في الحال، وإذا كنت بديناً فانقص من وزنك والتزم بحمية مدروسة، وإذا كنت لا تمارس التمارين الرياضية، فابدأ بالتدريب الرياضي باعتدال وانتظام. تشير بعض الدراسات إلى احتمال وجود رابطة ما بين أنواع الطعام السائد في بلد ما وبين معدل الإصابة بداء الشرايين الإكليلية في هذا البلد، كما يمكنك أن تستفيد من الملاحظات التالية:

1 ـ تناول مقادير صغيرة من الزبدة والقشطة والمأكولات الدهنية.

2 ـ تناول من اللحم أقل مما كنت معتاداً على تناوله، وانزع منه كامل الدهن.

3 ـ أشوِ طعامك بدلاً من أن تقليه ـ ابتعد عن المقالي.

4 ـ أكثر من تناول الفواكه الطازجة والخضار، واجعل وجباتك متنوعة.

5 ـ لا تتناول أكثر من بيضة واحدة في كل يومين.

6 ـ أنقص مقدار ما تتناوله من الملح، خاصة إذا كنت مصاباً بارتفاع ضغط الدم.

7 ـ مارس بعض التمارين الرياضية باعتدال، فهناك بعض الأدلة على أن التمرين المعتدل، لمرتين أو أكثر في الأسبوع، ينقص خطورة الإصابة بمرض قلبي، ولكن وبسبب خطورة التمرين العنيف المفاجئ عليك البدء بممارسة التمارين بشكل تدريجي.

العلاج الاختصاصي: إن كنت مصاباً بارتفاع ضغط الدم، فإن الطبيب سيصف لك أدوية لتخفيضه (ص 463). وإذا كنتِ امرأة فوق الـ 35 سنة، وتتناولين حبوب منع الحمل، وتدخنين بإفراط أيضاً، أو لديك سابقة عائلية بالإصابة بداء الشرايين الإكليلية، فعليك الامتناع عن تناول حبوب منع الحمل واللجوء إلى طريقة أخرى (راجعي ص 809)، والإقلاع عن التدخين حتماً. وإذا أظهر اختبار دمك وجود نسبة مرتفعة من الكولسترول أو غيره من الدهون، فقد يصف لك طبيبك دواءً لتخفيضه، ومع ذلك، وبسبب التأثيرات الجانبية السيئة لمثل هذه الأدوية، وبسبب ضرورة تناولها باستمرار للحصول على تأثيرات فعالة، فإن معظم الأطباء يصفون هذه الأدوية إن كانت نسبة الكولسترول في الدم مرتفعة جداً، أو إن كانت السوية المرتفعة للكولسترول مترافقة بعوامل مؤهلة للإصابة بهذا الداء.

يمكن أن يعالج داء الشرايين الإكليلية في الوقت الحاضر بفاعلية شديدة، سواء بالأدوية أو جراحياً، وذلك حسب الأعراض (راجع البحثين التاليين عن الذبحة والهجمة القلبية)، فهناك أدوية قوية بما فيها مستحضرات النترات (Nitrate preparations) وحاصرات بيتا (Beta-blockers) وضواد (مضادات) الكالسيوم (Calcium antagonists) (راجع التعاريف ص 9). وكلها تستخدم لتخفيف عمل عضلة القلب ولاتقاء ظهور شذوذات خطرة في ضرباته.

أما المعالجة الجراحية فتكون إما بشكل عملية صغيرة نسبياً تدعى الرأب الوعائي عبر اللمعة أو الرأب الوعائي الإكليلي (Transluminal -or coronary- angioplasty)، أو بشكل جراحة أكبر تشمل زرع طعم كمجازة بين الشرايين الإكليلية (ص 447) (Coronary artery bypass grafting). وفي الحالات التي توحي فيها الأعراض أن جلطة دموية قد سدت شرياناً إكليلياً خلال الساعة أو الساعتين السابقتين، فقد يحاول الطبيب إعادة تدفق الدم إلى طبيعته بحقن دواء حالٍّ للجلطة داخل الشريان الإكليلي أو في الدوران العام.

على الرغم من كل تلك التطورات في المعالجة، فإن العديد من الناس، لسوء الحظ، لا زالوا يموتون بسبب إصابتهم بداء الشرايين الإكليلية، وعادة في غضون ساعة أو نحوها من بدء الأعراض، ولذلك يؤكد معظم أخصائيي القلب حالياً أن أهم إجراء لتجنب هذا المرض هو الوقاية منه، ولاسيما إقناع الناس بترك التدخين، وتعليمهم ما هي الأعراض المبكرة للهجمة القلبية. إن أي شخص يصاب بألم ضاغط (عاصر) في وسط صدره، تصحبه صعوبة في التنفس أو تعرق أو إحساس بالإغماء فالأرجح أنه قد أصيب بهجمة قلبية، ويحتاج للعون الطبي الإسعافي (الفوري).

الاختبارات التي تجرى لمريض داء الشرايين الإكليلية

الاختبار الوحيد والأكثر فائدة في مرض القلب الإكليلي الناجم عن التصلب العصيدي هو إجراء **مخطط كهربائية القلب** (Electrocardiogram) (ECG) ، الذي يقيس التبدلات في النشاط الكهربائي لعضلة القلب مع كل ضربة. هذه التبدلات تكشف بواسطة مسارات كهربائية توصل بالذراعين وأحد الساقين وجدار الصدر الأمامي، ويتم عرض نشاط القلب الكهربائي على شاشة، أو يتم تسجيله بشكل مخطط على الورق.

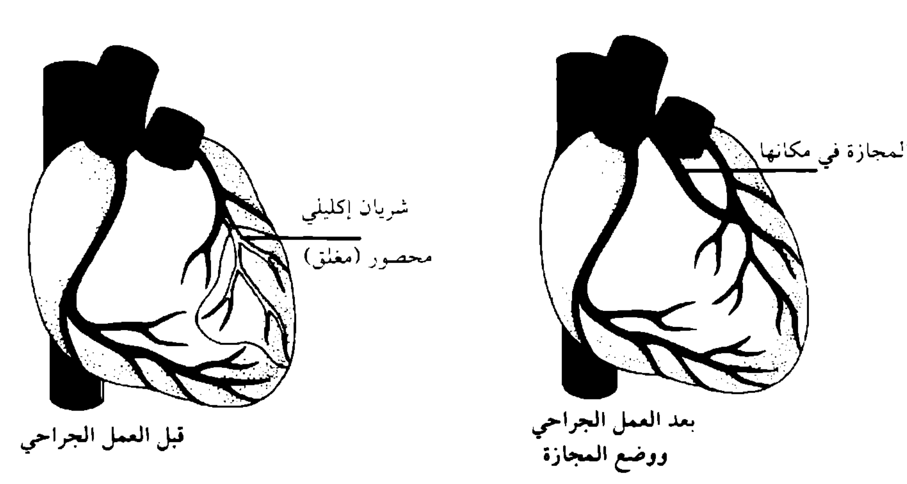
يكون لهذا المخطط في القلب الطبيعي السليم شكل وصفي أو نموذجي، مَوْجي (على شكل أمواج)، وأي شذوذ في نظم القلب أو أذية في عضلته يظهر على شكل انحراف عن النموذج الموجي الوصفي. وقد جعل التقدم التقني الحديث من هذا المخطط اختباراً أكثر فائدة في مرض القلب، وذلك من خلال التمكن من إجرائه أثناء متابعة الشخص لنشاطاته اليومية عوضاً عن إجرائه، كما في السابق، في عيادة الطبيب أو في المستشفى. فمثلاً إذا كان طبيبك يعتقد بأن أعراضك (مثل الألم الصدري أو الإغماءات)، ربما تنجم عن تضيق الشرايين الإكليلية أو عن شذوذات عارضة في عضلة القلب، فربما يطلب منك اجتياز فترة اختبار لمدة [24] ساعة، حيث تتابع خلال هذه الفترة روتين حياتك اليومي المعتاد، بينما تحمل آلة تخطيط للقلب مصغرة تسجل باستمرار نشاط قلبك. إن هذه الطريقة والتي تُدعى مُنَاظَرَة أو مراقبة «هولتر» (Holter) ، يمكن بواسطتها أن تنكشف شذوذات عارضة في ضربات القلب، أو تبين دليلاً على مرض القلب الإكليلي، الذي لا يمكن كشفه في الأحوال العادية بواسطة مخطط القلب الكهربائي التقليدي المسجل في عيادة الطب.

إذا كنت تعاني من هجمات ألم صدري فقد تكون مصاباً بالذبحة (البحث التالي)، فإذا كان مخطط كهربائية القلب المسجل في عيادة الطبيب طبيعياً فقد يطلب إليك إجراء مخطط آخر مع الجهد العضلي وبعد الجهد العضلي، حيث يتم حساب سرعة قلبك القصوى الآمنة المناسبة لعمرك ووزنك أولاً، ثم توصل آلة التخطيط بجسمك حسب الأصول، وتبدأ أنت بإجراء الجهد العضلي (قد يكون ركوب دراجة ثابتة)، وعندما يصل قلبك إلى سرعته القصوى الموافقة لعمرك ووزنك تتوقف عن المتابعة ويُجرى دراسة لما تم تسجيله فيظهر بوضوح إذا كنت مصاباً بالمرض أم لا. فإذا وجد الطبيب أن مخطط القلب الكهربائي بعد الجهد، غير طبيعي، فقد يطلب منك إجراء **تصوير للشرايين الإكليلية، حيث يتم حقن صبغة خاصة داخل هذه الشرايين، تظهر بوضوح بالتصوير الشعاعي**. فإذا كشفت هذه الطريقة أن الشرايين مسدودة أو متضيقة، فغالباً ما يمكن استعادة الدوران الطبيعي بإجراء عملية جراحية، مثل زرع مجازة بين الشرايين الإكليلية أو الرأب الوعائي عبر اللمعة.

فكرة عن عمليتي الرأب الوعائي عبر اللمعة والمجازة الشريانية الإكليلية

تجرى هاتان العمليتان لمعالجة حالات معينة من داء القلب الإكليلي، وبشكل رئيسي تلك الحالات التي يكون فيها التضيق شديداً، أو تكون الإحصارات في الشرايين الإكليلية مستمرة أو شديدة، وتكون المعالجة الدوائية غير مجدية أو غير ملائمة. قبل العملية تجرى اختبارات عديدة مثل تخطيط القلب الكهربائي، قبل وبعد الجهد، للحصول على تقييم موضوعي مفصل لمدى وشدة المشكلة، وهذا سيساعد على تقرير أيهما أنسب، عملية الرأب الوعائي عبر اللمعة (وهي عملية صغيرة نسبياً)، أو إجراء عملية المجازة الإكليلية (وهي عملية كبيرة).

أثناء عملية الرأب الوعائي يتم تمديد القسم المتضيق من الشريان من الداخل، حيث يدخل الجراح أنبوباً دقيقاً طويلاً (قثطرة) في داخل شريان في الذراع أو الفخذ ويدفعه متتبعاً تقدمه بمساعدة التصوير الشعاعي للتحقق من مسيره نحو المكان الصحيح، إلى أن يصل إلى الشريان الأكليلي، وهذه القثطرة تحمل في رأسها بالوناً لدائنياً متيناً، يتم وضعه في القسم المتضيق من الشريان الإكليلي ومن ثم يُنفخ فيضغط على المادة الرخوة من اللويحات (الترسبات الدهنية) الواقعة في جدار الشريان حتى يعود قطر الشريان إلى حجمه الطبيعي، ويعود تدفق الدم إلى وضعه السابق. يمكن معالجة عدة أقسام متضيقة بهذه الطريقة في جلسة واحدة. وعادة تُجرى هذه العملية تحت التبنيج الموضعي وتستغرق حوالى (45) دقيقة.



قبل العمل الجراحي

بعد العمل الجراحي
ووضع المجازة

أما إذا كانت الأقسام المتضيقة، أو المحصورة، من الشريان الإكليلي واسعة جداً بحيث لا يجدي الرأب الوعاني أو إن تم تجريب الرأب الوعائي من قبل وأخفق في إعادة تدفق الدم عبر الشريان المعطوب، فإن المعالجة الجراحية البديلة هي إجراء عملية المجازة الشريانية الإكليلية. وهذه العملية هي إجراء جراحي كبير يحتاج لإيقاف القلب مؤقتاً أثناء تنفيذه.

يتم إجراء شق في إحدى الرجلين ويتم استئصال قطعة من وريد، وفي غضون ذلك يتم إجراء شق آخر في أسفل وسط الصدر، ويتم فتح القفص الصدري لكشف القلب، ومن ثم يستعمل الجراح تلك القطعة من الوريد لعمل طعم (وصلة) أو أكثر لتجاوز الإحصارات (الانسدادات) في الشريان الإكيلي، وبالتالي استعادة تدفق الدم الطبيعي. يتم إنجاز هذه العملية تحت التبنيج العام وعادة تستغرق من (4 ـ 5) ساعات.

بعد العملية، يقضي المصاب عدة أيام في وحدة العناية المشددة، حيث يتم مراقبة ضربات قلبه باستمرار، كما يتلقى الدم والسوائل عبر التنقيط الوريدي، وهناك نزح جراحي عبر أنابيب توضع في الصدر، وقد يحتاج لتنفس الأكسجين عبر أنبوب يوضع في منخريه، كما قد يحتاج لجهاز تنفس صناعي، ولربما يبقى في المستشفى حوالي أسبوعين.

فترة النقاهة: يحتاج المريض عدة أسابيع للنقاهة، وعندما يتماثل للشفاء فإن الطبيب يرشده إلى النشاطات التي يستطيع ممارستها ومتى يمكنه العودة إلى نظامه الحياتي المعتاد.

التوقعات بعيدة المدى: لقد أظهر البحث أن مدى حياة الأشخاص المصابين بمرض قلبي إكليلي شديد، قد ازداد بواسطة استعمال المجازة الشريانية الإكليلية. وعلاوة على ذلك فإن العملية مجدية جداً في تفريج الذبحة. ومع ذلك فقد ظهر أيضاً أن الأشخاص المصابين بمرض قلبي إكليلي أقل شدة يمكن أن يعالجوا بنفس الجدوى تماماً بواسطة عقاقير حاصرات بيتا (Beta blocking) التي تخفض ضغط الدم وتبطئ سرعة القلب، وهي التبدلات التي تقلل من إجهاد القلب.

الذبحة الصدرية (Angina)

الذبحة الصدرية ليست مرضاً في حد ذاتها، بل هي تسمية تطلق على ألم يحدث عندما تقل كمية الأكسجين، بشكل مؤقت، في الجدار العضلي للقلب.

في الحالة الطبيعية، تؤمن الشرايين الإكليلية المغذية لعضلة القلب حاجتها المتزايدة من الأكسجين. وعند المصابين بداء الشرايين الإكليلية (البحث السابق) أو بارتفاع ضغط الدم (ص 463)، فإن قدرة هذه الشرايين على تلبية تلك الحاجة تصبح أقل، مما يسبب الألم المذكور عندما تحتاج عضلة القلب إلى كمية زائدة من الأكسجين. ومن الأسباب الأخرى للذبحة، تضيق الصمام (ص 482) وفقر الدم (ص 514) وفرط نشاط الغدة الدرقية (ص 682). إن المصاب بأي حالة تحدد من إمداد القلب بالأكسجين، تجعل هذا الإمداد كافياً لأداء بعض النشاطات البسيطة، ولكنه لا يكون كافياً عندما تزداد الحاجة للأكسجين لسبب ما، كإجراء التمارين المجهدة أو ارتفاع درجة حرارة الجو كثيراً أو حالة الانفعال الشديد، مما يؤدي لحدوث الألم الصدري في مثل هذه الحالات، ومن ثم زواله، عندما تنخفض الحاجة إلى الأكسجين من جديد.

الأعراض: العرض الرئيسي للذبحة هو حدوث ألم في وسط الصدر، ربما ينتشر إلى الحلق والفك العلوي والظهر والذراعين (بشكل رئيسي إلى الذراع الأيسر). وتتصف الذبحة بألم عاصر ثقيل قابض، يحدث بشكل وصفي في حالة بَذْل نشاط عضلي ثم يزول بعد الراحة. وأندر مما سبق، ظهور الألم فقط في الذراعين أو المعصمين أو الرقبة، ولكن يمكن تمييزه كذبحة إذا كان يظهر عند ممارسة أي نشاط أو في حالة الإثارة، ويختفي بعد الاسترخاء. ومن الأعراض الإضافية التي غالباً ما ترافق الألم، وجود صعوبة في التنفس وتعرق وغثيان ودوخة.

الذبحة حالة شائعة تحدث للرجال عادة بعد سن الثلاثين، وتنجم، على الأغلب، عن داء الشرايين الإكليلية. وتحدث للنساء في مرحلة متأخرة من حياتهن. ورغم أنها تنجم عادة عن داء الشرايين الإكليلية، إلا أن لها بعض المسببات الأخرى، كفقرالدم مثلاً، الذي يتواجد غالباً عند النساء أكثر من الرجال.

المضاعفات: نظراً إلى أن الذبحة الصدرية هي عرض أكثر من كونها مرضاً، فـ الأخطار الناجمة عنها هي تلك العائدة أساساً للحالة المرضية المسببة لها، ومن مضاعفاته حاجة عضلة القلب للأكسجين قد تصبح من الشدة بحيث يمكن حدوث هجمة قلبية (البحث التالي) لكنها بمرور الوقت تصبح أقل إثارة، وقد تدوم لفترة أطول.

العلاج: عند مراجعة الطبيب يصف بعض العقاقير للمساعدة على تخفيف الألم. أما في حالة المعاناة من أعراض ذبحة صريحة، مع وجود ألم يدوم لأكثر من خمس دقائق بعد التوقف عن بذل الجهد، يراجع الطبيب فوراً، أو إذا كانت هجمات الألم الصدري تحدث بتواتر أسرع أو أطول، أو أكثر شدة، فهذه كلها علامات تدل على تفاقم الحالة، وربما يكون المصاب معرض لخطر كبير.

يطلب الطبيب إجراء فحوصات دم لمعرفة فيما إذا كان المريض مصاباً بفرط نشاط الغدة الدرقية (ص 682)، أو بفقر الدم، أو بزيادة نسبة الشحوم في دمه (وهذا يتطلب إجراء الفحص صباحاً قبل تناول الطعام ـ على الريق)، وفحص نسبة السكر في دمه لمعرفة فيما إذا كان مصاباً بداء السكري أم لا (ص 671)، لأن مرضى السكري، خاصة، معرضون للإصابة بالأمراض القلبية. أو وجود أي سبب آخر محتمل يساهم في ألم الصدر. وقد يحتاج لإجراء صورة شعاعية للصدر (Chest x-ray) ، وتخطيط كهربائية القلب (ECG) ، واختبار تحمل الجهد. وتصوير الأوعية الإكليلية الذي يسمى أحياناً تصوير الشرايين، كما يمكن إجراء تفريس للقلب بالنظائر المشعة (Radioisotope scaning) الذي يمكّن الطبيب من تقييم صحة العضلة القلبية. والتفريس بالأمواج فوق الصوتية (Utlrasound scaning) (تخطيط صدى القلب Echocardiography) الذي يبين حركة عضلة القلب مع كل نبضة، ويمكن، بالإضافة إلى ذلك اجراء التفريس الطبقي المحوري المُحَوسَب (Cat. scaning) والتصوير بالرنين المغناطيسي (MRI) (ص 303) وذلك بغية الحصول على صور أوضح لبنية القلب (راجع التعاريف ص 9 ويطلب الطبيب المعالج إجراء كل أو بعض هذه الفحوصات بناء على تقييمه لمدى تقدم الإصابة، وعلى عمر المصاب ونمط المعالجة المرجح الذي يناسبه. ومع ذلك فإن الاختبارات الشاملة ينصح بها عموماً فقط للمرضى الذين هم بحاجة لعملية جراحية.

العلاج الذاتي: على المدخن أن يقلع عن التدخين فوراً (أو على الأقل يخفِّض مقدار ما يدخنه إلى الحد الأدنى الذي يستطيعه)، وإنقاص وزنه إن كان بديناً، واتباع حمية مناسبة (ص 33)، ولا يجعل إصابته بالذبحة عذراً لكي يصبح قليل النشاط، حيث لا يتوجب بالتأكيد أن يقلل من نشاطه الجسمي ما لم يُشر عليه طبيبه، حصراً، بعمل ذلك.

العلاج الاختصاصي: إذا كان السبب الكامن للإصابة بالذبحة معروفاً ومترسخاً. فالعلاج يكون بهدف تخفيف شدة الحالة، وبذلك العلاج قد تزول الذبحة أو تتناقص أعراضها ومع ذلك ونظراً إلى أن السبب الكامن هو غالباً داء الشرايين الإكليلية، الذي لا يمكن شفاؤه.

فإن الطبيب سيركز اهتماهه على عدم تفاقم هذا المرض، وعلى تخفيف الإزعاج الناتج عن الذبحة وما يترتب عليها من قيود. ومن بين الأدوية الكثيرة التي تسيطر على الذبحة أو حتى تمنع حدوثها (الدواء الأكثر استعمالاً) هو النتروغليسرين (Nitroglycerine) المعروف أحياناً باسم النترو (Nitro) ، وهو دواء يفاجئ أكثر المرضى، عند استعماله، بالسرعة التي يعمل بها. ففي معظم الحالات، يستغرق الأمر فقط بضع ثواني ما بين تناول قرص الدواء (الحبة) وبين زوال الألم أو تراجعه. فإذا وصف الطبيب هذا الدواء فيجب الحرص دائماً على استعمال عبوة جديدة لأن أقراص النترو غليسرين يمكن أن تفقد فاعليتها بعد بضعة أسابيع فقط، لا سيما إذا كانت العلبة غير مغلقة بإحكام، وقد ينصح الطبيب بوضع قرص تحت اللسان في لحظة بدء ألم الذبحة، أو إذا كان المصاب يعلم بأن نشاطاً ما (مثل صعود درج) سيجلب له الألم، فيمكنه عندئذٍ وضع القرص تحت لسانه ولا ينتظر حتى يبدأ الألم. وإذا كان تحت أية شدة نفسية فقد يحتاج أيضاً لتناول مهدئ، ولكن عليه أن يتذكر، دائماً وأبداً، أن يكون هذا الدواء في متناول يده في أية لحظة.

إن أحد التأثيرات الجانبية السيئة للنتروغليسرين أنه يسبب، في أغلب الحالات، صداعاً من النوع الخفيف عادة، بحيث أنه لا يشكل سبباً مقنعاً لوقف العلاج. أما إذا أدى استعماله لحدوث صداع شديد فيخبر الطبيب الذي قد يقترح تخفيض الجرعة بحيث يوضع جزء فقط من القرص تحت اللسان.

ومن بين الأدوية الأخرى المستعملة للسيطرة على آلام الذبحة هناك حاصرات بيتا (Beta-blockers) ، ضواد (مضادات) الكالسيوم (Calcium antagonists) ، وكلا هذين النمطين من الأدوية ينقص حاجات القلب للأكسجين من خلال تقليل سرعته أو خفض الضغط الدموي، كما أنهما يقللان من إمكانية حدوث اضطرابات نظم القلب.

إن المعالجة الحديثة للذبحة فعالة جداً، إلا أن العقاقير القوية يجب أن تستعمل كما توصف بالضبط وإذا أدى استعمالها إلى حدوث آثار جانبية سيئة مثل الدوخة ونقص النشاط، يستشار الطبيب حول ذلك.

إذا لم يمكن السيطرة على الذبحة بالأدوية، فقد ينصح الطبيب بالمعالجة الجراحية. مثلاً، إذا كانت الذبحة مترافقة مع تضيق الصمام الأبهري (ص 482)، فإن استبدال الصمام المشوه بآخر لدائني سيخفض الأعراض بشكل رائع، أما إذا كانت الذبحة ناجمة عن إصابة الشرايين الإكليلية فإن توسيع لمعة الأوعية، أو وضع طعم بديل عن الشريان الإكليلي (ص 451)، سيحسن تدفق الدم إلى القلب ويزيل بالتالي سبب الذبحة.

التوقعات بعيدة المدى: إذا كانت الإصابة بالذبحة حديثة وكان المصاب بصحة جيدة، عدا الذبحة، فإن لديه فرصة تعادل (50%) للعيش لمدة (10 ـ 15) سنة أو أكثر بعد الإصابة،

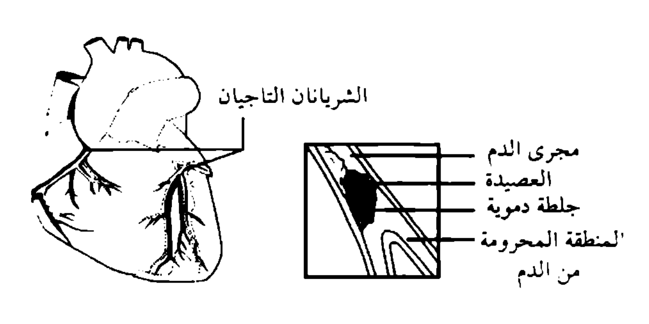
أما مقدار تغيير أسلوب الحياة فيعتمد على سبب وشدة المشكلة، واستجابة المصاب للمعالجة، ودرجة نشاطه الطبيعي.

الهجمة القلبية (الخثار الإكليلي ـ احتشاء العضلة القلبية) (Heart attack)

ينجم النمط الأكثر شيوعاً من الهجمة القلبية عن انغلاق أحد الشرايين الإكليلية بواسطة خثرة، أو جلطة دموية، فينقطع الإمداد الدموي عن أحد أجزاء العضلة القلبية، وهذا بدوره يؤدي إلى تخريب الجزء من القلب الذي حرم من هذا الإمداد (الشرايين الإكليلية هي الشرايين التي تغذي عضلة القلب بالدم).

تحدث الهجمة القلبية عموماً فقط عندماتكون الشرايين الإكليلية متضيقة سابقاً بسبب الإصابة بداء الشرايين الإكليلية (ص 447). فإذا كان حجم الاحتشاء، (حجم المنطقة المتأذية من القلب)، صغيراً ولا يضعف جهاز الناقلية الكهربائية الذي ينظم ضربات القلب، فإنه لا يتحتم أن تكون الهجمة القلبية مميتة وسيكون لدى المصاب فرصة جيدة للشفاء.

الأعراض: العَرَض الرئيس للهجمة القلبية هو عادة ألم عاصر في مركز الصدر، وقد ينتشر في العنق والفك والذراعين والمعدة وقد تتتابع الهجمة القلبية تدريجياً، مسبوقة على مدى بضعة أسابيع بالذبحة الصدرية (البحث السابق). ويمكن أن تحدث الهجمة أيضاً فجأة ودونما إنذار، وقد تتباين درجة الألم ما بين الشعور بالشد في الصدر وما بين إحساس ثاقب مبرح، وقد يكون الألم مستمراً، أو قد يدوم فقط لبضعة دقائق ثم يزول تدريجياً. وقد يطرأ الألم أثناء أداء بعض التمارين الرياضية أو في فترة التعرض لكرب عاطفي مزعج، بعكس ألم الذبحة، فإن الألم الذي تحدثه الهجمة القلبية لا يزول بعد إيقاف التمرين أو الكرب.



الهمجة القلبية: من الأرجح أن يُحصر شريان بجلطة دموية (وهي الحالة التي تعرف بالخثار) إذا تراكمت العصيدة من قبل في جدران هذا الشريان فإذا حدث ذلك في أحد الشريانين الأكليليين فإن إمداد الدم سوف ينقطع عن الجزء الذي يغذيه هذا الشريان بالدم ويسبب هجمة قلبية.

من الأعراض الأخرىٰ الممكنة للهجمة القلبية هناك الدُوام، وقصر النفس، والتعرق والغثيان، والإغماء. وفي حالات قليلة، وخاصة لدىٰ المسنين، قد تكون الأعراض قليلة أو معدومة، وتعرف هذه الحالة بالاحتشاء الصامت، ولا يمكن تأكيدها إلا باختبارات محددة في المستشفى.

المضاعفات: يشفى شخصان من كل ثلاثة أشخاص ممن يصابون بالهجمة القلبية، على أن الهجمة قد تكون مميتة إذا ما أثرت على الدفعات الكهربائية التي تنظم ضربات القلب، أو إذا خرَّبت تخريباً واسعاً العضلة القلبية، وتحدث معظم الوفيات في غضون ساعتين من بدء الأعراض، ويصاب حوالي (10%) من المرضىٰ المقبولين في المستشفيات بالصدمة (راجع ص 467)، التي يمكن أن تكون بدورها مميتة، كما قد يحدث قصور القلب أيضاً (البحث التالي).

إثر الهجمة القلبية وفي بعض الحالات النادرة يمكن أن تتشكل خثرة (Thrombus) أو جلطة (Clot)، ضمن إحدى حجرات القلب الأربع فإذا ما انفصلت هذه الخثرة [حيث تدعى عندئذ صِمَّة (Embolus)] فإنها تنجرف مع الدوران الدموي ويمكن أن تنتقل إلى مكان بعيد عن القلب فتسد أحد الشرايين محدثة تخريباً في المنطقة التي يغذيها ذلك الشريان، ولحسن الحظ فإن هذا نادراً ما يحصل، وحتى لو حصل فإن الصِمَّة تكون عادة من الصغر بما لا يجعلها تحدث تخريباً يذكر.

يمكن للتخريب الناجم عن الهجمة القلبية أن يضعف ويمطط أحد جدران حجرات القلب، ويمكن لأمهات الدم الناجمة عن ذلك أن تؤدي إلى مضاعفات كقصور القلب، وهناك خطر إضافي يتمثل في أن الراحة الإلزامية في الفراش قد تسبب أحياناً خثرات في الأوردة، ولا سيما في أوردة الساقين.

تختلف أرقام الوفيات تبعاً للعمر ونمط الهجمة، لكن معظم الوفيات بسبب الهجمة القلبية تحدث في غضون دقائق أو ساعات من بداية الهجمة، لذلك يتوجب طلب العون الطبي فوراً، فإذا لم تظهر أية علامة واضحة تدل على قصور أو اضطراب نظم القلب، في خلال ست ساعات بعد زوال الألم، فلدى المصاب فرصة ممتازة للشفاء التام، وإذا استمر حياً لمدة شهر بعد الإصابة، حتى بهجمة شديدة، فلديه فرصة تقدر بحوالي (70%) للبقاءحياً لمدة خمس سنوات أخرى أو أكثر مع التأكيد على ضرورة الاهتمام بالقلب بشكل فعال (راجع ما بعد الهجمة لاحقاً).

العلاج: الهجمة القلبية حالة تستوجب الإسعاف الطبي الاختصاصي السريع، لذا يتوجب طلب العون الطبي الإسعافي فوراً إذا بدا أن أي شخص مصاب بأعراض الهجمة القلبية، وحتى لو كان الانزعاج خفيفاً فالنصيحة أن لا يؤخذ المصاب إلى الطبيب بل يطلب الطبيب إلى المنزل أو تطلب سيارة إسعاف، وخلال انتظار المساعدة الطبية، يجعل المصاب بالهجمة دافئاً وهادئاً، ولا يترك وحيداً أبداً، بل على الشخص الموجود معه أن يطمئنه ويشجعه ويرفع من معنوياته، ولا يقطع الأمل إذا فقد وعيه، فربما تكون المشكلة عابرة فحسب. وهنا يجب ملاحظة تنفس المصاب ونبضه، فإذا توقف القلب عن الخفقان فيتوجب إجراء إنعاش قلبي رئوي فوراً، لحين وصول العون الطبي (راجع التعامل مع مصاب بهجمة قلبية ص 960).

بعد الهجمة القلبية، يتماثل معظم الأشخاص للشفاء في المستشفى، ومع ذلك، فهناك

دليل على أن بعض المرضى يتماثلون للشفاء على نحو أفضل في المنزل، ويعتمد القرار على م هو الأفضل بالنسبة لحالة المصاب على تقييم الطبيب المختص لشدة الهجمة ومدى ديمومة الأعراض والتسهيلات المتاحة في كل من المستشفى والمنزل.

يوضع المصاب بهجمة قلبية، في وحدة العناية المشددة أو وحدة العناية الإكليلية في المستشفى، ويجرى له عدة إختبارات تشخيصية بما فيها مخطط القلب الكهربائي (ECG) ، كم قد يحتاج الأمر لإجراء عدة تسجيلات لهذا المخطط. وفي وحدات العناية الإكليلية يتم رصد مخطط القلب الكهربائي باستمرار بواسطة أجهزة خاصة لها شاشات تلفزيونية للمراقبة المستمرة، كما يتم أيضاً أخذ عينات دم في فترات زمنية مختلفة لتقييم أذية عضلة القلب، ويقوم الطبيب أيضاً بإجراء استقصاءات أخرى لمعرفة ما إذا كانت المعالجة الدوائية، أو التغيير في طريقة الحياة، قد يساعدان على اتقاء هجمة أخرى.

العلاج الذاتي: كل ما يستطيع الإنسان أن يفعله لنفسه، إذا تعرض لهجمة قلبية وكان مالكاً لوعيه، هو أن لا يدخن ويستلقي هادئاً ويسترخي تماماً ويشجع نفسه على الصمود (وهذ مهم) ويترك الآخرين يقدمون العون له.

العلاج الاختصاصي: العلاج الأكثر فاعلية لحالة شريان إكليلي سدته جلطة دموية هو استئصال تلك الجلطة، ويكون هذا ممكناً فقط في غضون بضع ساعات من بدء الهجمة القلبية. ويحدد التصوير الوعائي المباشر للشرايين الإكليلية حجم وموقع الخثرة بالضبط بحيث يمكن إزالتها دوائياً أو جراحياً.

تتم المعالجة الدوائية بحقن مذيب للجلطة (حالّ للخثرة) (Thrombolytic) مباشرة ضمن الشريان الإكليلي المحصور (المسدود) عبر نفس القثطرة المستعملة لإجراء الصورة الوعائية الإكليلية السابقة الذكر، وكبديل لذلك، فقد يحقن الدواء ضمن الدوران العام داخل وريد دموي في الذراع أو الساق مثلاً.

وتتم المعالجة الجراحية في إعادة تسليك (فتح) القسم المسدود في الشريان الإكليلي بواسطة جراحة تصنيعية يفتح فيها الوعاء الشرياني المسدود (وهذا ما يسمى الرأب الوعائي) (راجع ص 451).

إن المعالجات الدوائية والجراحية المذكورة سابقاً هي طرق لا زالت قيد الدراسة والتقييم، وما يحدث بشكل عام، هو معالجة المصاب بالطرق التقليدية وذلك باستعمال الأدوية المسكنة للألم، وربما أيضاً الأدوية المضادة للتجلط، وذلك لتخفيف خطر تشكل جلطات دموية في الأوردة (راجع ص 492 خثار الأوردة العميقة).

عندما تكون الهجمة القلبية خفيفة، ودونما اختلاطات مرافقة، فقد يسمح للمصاب بمغادرة الفراش بعد (48) ساعة. وحتى لو كانت الهجمة أكثر خطورة، فمن المرجح أنه سيسمح له، على الأغلب، باستعمال مرحاض بجانب السرير أو مرحاض نقال باعتبار أن

مقداراً بسيطاً من الحركة يعتقد بأنه ينقص خطر التجلط الدموي الشاذ الناتج عن الاستلقاء المديد.

ما بعد الهجمة القلبية

إن كنت قد غادرت لتوك المستشفى بعد الشفاء من هجمة قلبية، فتذكر أنك لست معلولاً؛ فالقلوب المتأذية تشفى بما يشبه كثيراً شفاء الكسور، وكلما مرت الأشهر كلما تحسنت توقعات صحتك المستقبلية، وتُظهر الإحصائيات أن مدى حياتك المتوقع بعد عشر سنوات من الإصابة بهجمة قلبية نفسه كما لو أنك لم تصب قط.

ربما تحتاج بعد بضعة أسابيع من مغادرتك المستشفى، إلى إجراء سلسلة من الاختبارات لتقييم إمكانية وجود أي مرض شرياني إكليلي كامن. وتتضمن هذه الاختبارات حتماً مخططات كهربائية القلب (Electrocardiograms (ECG)) أثناء الراحة والتمرين (ص 451) وتصوير وعائي إكليلي(Coronary angiography) أحياناً، وتخطيط القلب بالصدى (Echocardiography) . (راجع التعاريف ص 9) والغاية من كل هذه الفحوص هو تحديد مقدار الأذية بدقة في عضلة القلب الناجمة عن الهجمة، وتحديد ما إذا كان يوجد أو لا يوجد أي تضيق أو إحصار (انسداد) في أقسام من الشرايين الإكليلية، ومجموع النتائج ستدل على أمر من ثلاثة:

1 ـ أنك قد شفيت شفاء تاماً ولا تحتاج لمزيد من المعالجة.

2 ـ أنه يستحسن أن تُجرى لك جراحة قلبية إضافية لتحسين تدفق الدم عبر الشرايين الإكليلية، وبالتالي تخفيض خطر حدوث هجمات قلبية إضافية.

3 ـ أنه ينبغي لك متابعة معالجة دوائية إضافية مديدة لإنقاص الإجهاد عن قلبك ووقايته من الاضطرابات.

فإذا تبين أنك على ما يرام، فإن الشيء الوحيد الذي يمكن أن يعيقك عن العودة إلى نشاطاتك المعتادة هو قلقك، ومهما يكن عملك قبل الهجمة فربما تستطيع العودة إليه. فليس هناك دليل كافٍ على أن اتخاذ أي عمل ذي مسؤولية أقل أو القيام بعمل لساعات قليلة سيساعد صحتك، إلا إذا رأى طبيبك رأياً آخر، ومع ذلك فهناك عدة تغييرات يمكنك إجراءها تخفض أخطار تعرضك لمزيد من الهجمات القلبية، أهمها:

1 ـ تجنب الاتصال الجنسي لمدة أربعة أو خمسة أسابيع بعد إصابتك بالهجمة، ولا تخشَ معاودة حياتك الجنسية كاملة بعدها إن كنت راغباً في ذلك.

2 ـ لا تدخن إطلاقاً. وهذا أمر مهم جداً للمصابين بأمراض قلبية.

3 ـ حافظ على وزنك ضمن الحد الطبيعي (راجع مخطط الوزن ص 31) وتجنَّب تناول المواد الدهنية.

4 ـ مارس تمارين اللياقة الرياضية بانتظام واعتدال، فهناك دليل على أن التمرين المنتظم بعد الهجمة القلبية يخفض احتمال حدوث مزيد من الهجمات. وانتبه إلى ضرورة البدء بتمارين بسيطة ثم زيادتها بشكل تدريجي. كما يمكنك القيام بنشاط جسمي معتدل ثم زيادة هذا النشاط تدريجياً كل يوم، وتأكد دائماً أنك تمضي حوالي عشرين دقيقة يومياً من النشاط الذي يرفع معدل سرعة قلبك إلى ما فوق [100] ضربة في الدقيقة.

قصور القلب (Heart failure)

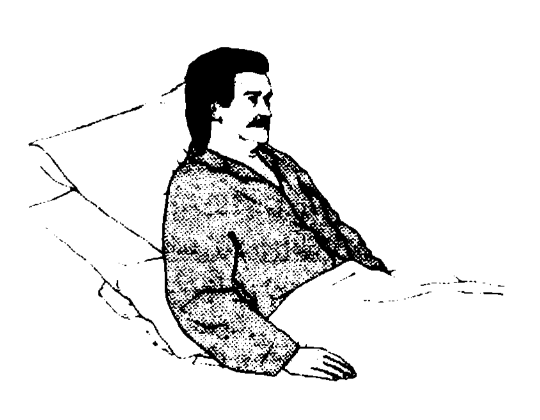
قصور القلب يعني أن عمله في ضخ الدم أصبح غير كافٍ، سواء كان ذلك بسبب ضعف مقويته العضلية نتيجة مرض ما، أو بسبب وجود خطأ ميكانيكي في الصمامات (Valves) التي تضبط تدفق الدم، بمعنى أنه لم يعد يعمل بكفاءة، ولا يعني ذلك ـ أي قصور القلب ـ بأن القلب توقف عن العمل.

يصيب قصور القلب كلا جانبي القلب عادة (الأذين والبطين الأيسرين، والأذين والبطين الأيمنين)، وتدعى مثل هذه الحالة، التي يكون فيها كامل القلب مصاباً بالقصور، بقصور القلب الاحتقاني (Congestive heart failure)، إلا أن قصور القلب قد يصيب جانباً واحداً من القلب فقط (أذين وبطين في أحد الجانبين).

إذا كان القلب غير قادر على ضخ الكمية التي يفترض به أن يضخها من الدم فإنه (أي الدم) يتراكم في الأوردة التي تصب في القلب. ففي حالة قصور الجانب الأيسر من القلب مثلاً، (وهو الجانب الذي يستقبل الدم النقي الوارد إليه من الرئة، ومن ثم يضخه إلى كامل أنحاء الجسم) فإن الدم يتراكم في الأوردة التي تنقله من الرئتين إلى القلب، ونتيجة لذلك تتوذم الرئتان وتحتقنان بالسوائل، فتتسرب سوائل الدم، إثر ذلك، من الأوعية الدموية إلى داخل النسيج الرئوي فيصاب المرء بوذمة رئوية (ص 439). أما في حالة قصور الجانب الأيمن من القلب، (وهو الجانب الذي يستقبل الدم القادم من جميع أنحاء الجسم ثم يضخه إلى الرئتين لتنقيته)، فإن الدم يتراكم في الأوردة التي تصب في القلب آتية من الأجزاء المختلفة في الجسم، ومن ثم تصبح هذه الأجزاء مرتشحةً بالماء، وهذا الارتشاح يبدو شديد الوضوح في الساقين.

الأعراض: ذكرنا أن قصور القلب قد يصيب أياً من جانبي القلب، أو يصيب القلب بكامله، لذلك سندرس أعراض كل حالة على حدة:

1 ـ أعراض قصور الجانب الأيسر من القلب: إذا كنت مصاباً بهذا النوع من القصور القلبي فإن أهم عرض ستلاحظه هو عسر التنفس، الذي يظهر في بداية الأمر بعدما تبذل جهداً عضلياً بسيطاً، لكنه يأخذ بالتجلي تدريجياً، ولاسيما في الأمسيات عندما تكون متعباً. وبسبب صعوبة التنفس أثناء الاستلقاء فقد تحتاج لوضع عدة وسائد تحت رأسك أثناء النوم، أو حتى ربما تضطر للجلوس أو تضطر لأن



وضعية التكيف مع الزلة التنفسية

تنام قاعداً، أو بوضعية نصف الجلوس. وربما توقظك من نومك هجمات شديدة من عسر التنفس، وربما تكون حالتك من السوء بحيث تريد أن تقف أمام النافذة لاستنشاق هواء نقي، ويرجح أن يُحدث خروج ودخول الهواء من وإلى رئتيك صوتاً واضحاً (أزيزاً). ولا تدوم الهجمات السيئة عادة أكثر من ساعة، ولكن الشعور المرافق للهجمة يمكن أن يكون مزعجاً للغاية. وأحياناً تحتقن الرئتان لدرجة أنك قد تسمع صوت قوقرة (صوت نفخ الهواء في سائل ضمن وعاء) عندما تتنفس. وربما تحسّ أيضاً بألم صدري وربما يحدث لديك تقشع رغوي مشوب بالدم. ويؤدي تراكم السوائل في الرئتين على تلك الصورة، إلى خفض المقاومة تجاه الأخماج، فذات الرئة مثلاً اختلاط شائع لقصور الجانب الأيسر من القلب.

2 ـ أعراض قصور الجانب الأيمن من القلب: التعب هو العَرَضُ الأكثر حدوثاً عند المصابين بقصور الجانب الأيمن من القلب، لكن هذا التعب لا يعتبر عرضاً تشخيصياً هاماً في هذه الحالة نظراً لحدوثه لدى الإصابة بأمراض عديدة، وعليه فهو عَرَض موجود في هذه الحالة، لكن العَرَض الأكثر أهمية من الناحية التشخيصية هو توذم الجزء الأسفل من الجسم بسبب تراكم السوائل فيه. فإذا كنت مصاباً بهذا المرض فإنك ستلاحظ توذم كاحليك أثناء الجلوس والوقوف، وتوذم أسفل ظهرك بوضوح أثناء الاستلقاء، كما تصبح الأعضاء الداخلية متوذمة أيضاً مما يسبب ألماً بطنياً في بعض الأحيان، وربما تلاحظ زيادة في وزنك بسبب تراكم السوائل في جسمك.

3 ـ أعراض قصور القلب الاحتقاني (قصور جانبي القلب): يرجح عادة أن تظهر، عند المصاب بقصور القلب الاحتقاني، أعراض قصور كلا جانبي القلب، وقد يفقد المصاب شهيته للطعام، ويشعر بتخليط ذهني، وتهزل عضلات الساقين والذراعين (لكن بسبب احتباس السوائل وانتباج الأعضاء الحادث فإن ذلك قد لا يكون ظاهراً للعيان).

المضاعفات: لا يهدد قصورُ القلب الحياةَ بشكل مباشر، وإنما تعتمد حصيلته على خطورة الاضطراب الكامن وراءه، أو المسبب له، ومدى معالجة ذلك الاضطراب. فإذا عولج قصور القلب بنجاح فإن الأخطار الرئيسية هي تلك التي يحدثها الاضطراب الكامن وراء قصور القلب، أما عدم معالجة المرض فإنه يلقي عبئاً ثقيلاً على كامل نظام القلب وقد يكون مميتاً في آخر المطاف.

إن كنت مصاباً بقصور القلب وكان علاجك صحيحاً، وتناولت أدويتك بانتظام وامتنعتَ عن تناول الملح، فإنك ستلاحظ أن الزلة التنفسية قد زالت وكذلك التوذم الحادث في الجسم بشكل عام وفي الساقين بشكل خاص قد تلاشى، وأنك ستعيش سنين كثيرة حياة طبيعية تقريباً.

ورغم ذلك، فإذا وصل قصور القلب إلى درجة لم يعد يستجيب فيها لكل طرق العلاج

مجتمعة (الراحة ـ الحمية ـ الأدوية)، فإن الإنذار يصبح خطراً جداً ولكن تظل الإمكانية الوحيدة المتبقية هي إجراء عملية زرع قلب أو استعمال قلب صناعي.

العلاج: لا بد من إجراء مجموعة فحوصات واختبارات حتى يتم تشخيص قصور القلب بشكل دقيق.

العلاج الذاتي: يتوجب بداية، تخفيف النشاطات الجسمية بحيث يبقى المصاب دائماً في حالة راحة، ولكن ذلك لا يعني أن يبقى حبيس الفراش، وخاصة إذا كان عنده قصور قلب طارئ. فإذا ارتاح وطبق العلاج الصحيح وعولج السبب الكامن (المرض المسبب للقصور) وراء قصور القلب، فإنه سيستعيد في النهاية، نشاطاته الطبيعية بشكل كامل تقريباً. وبسبب بطء الدورة الدموية الناتج عن قصور القلب وميل الدم للتجلط ولاسيما في الساقين والحوض، وخاصة في حالة الاستلقاء لعدة أيام، ينصح بتكرار تحريك الرجلين وإجراء حركات تقليص وإرخاء لعضلاتهما بغية تنشيط الدورة الدموية فيها. وأخيراً يجب التخفيف من تناول الملح قدر الإمكان لأن الملح يؤدي لاحتباس السوائل في الجسم.

العلاج الاختصاصي: بالإضافة إلى معالجة السبب الكامن لقصور القلب، فإن الطبيب يصف بعض العقاقير المفيدة للقلب تحديداً، كمدرّات البول التي تساعد على تخفيف نسبة السوائل في الجسم بتحريضها على إفراغ كميات إضافية من البول، ويستحسن تناول هذا العقار عند الصباح لكي يتم ذلك الإفراغ أثناء النهار وحتى لا يضطر المصاب للاستيقاظ ليلاً للتبول عدة مرات، كما أن هناك أدوية أخرى شائعة الاستعمال في قصور القلب مثل موسعات الأوعية (Vasodilators) وضواد الكالسيوم (Calcium antagonists)، والمستحضرات الديجيتالية (Digitalis) وغيرها (راجع التعاريف ص 9). ونؤكد هنا على ضرورة التقيد التام بتعليمات الطبيب وتناول المقادير الموصوفة من قبله بدقة تامة لتجنب التأثيرات الجانبية للأدوية المستعملة، وبشكل عام، يضطر الطبيب، خاصة في الفترة الأولية لتطبيق العلاج، إلى تعديل تلك المقادير عدة مرات، خلال مراجعات متتالية، للوصول إلى مقدار الجرعة المثالية بالنسبة لكل مريض والتطبيق الدقيق للعلاج الموصوف من قبل الطبيب، سوف يجعل المصاب يشعر، غالباً، كأنه قد شفي تماماً، مما يدفعه للتوقف عن استعمال الدواء أحياناً، وهذا التصرف ربما يوصله للخطر، لذا عليه عدم التوقف عن العلاج أبداً، بل اتباع إرشادات الطبيب بدقة.

من ناحية أخرى، قد يصف الطبيب دواءً مانعاً للتجلط (Anticoagulant)، خاصة إذا كان على المصاب أن يمضي وقتاً طويلاً في الفراش، وفي مثل هذه الحالة، سيطلب الطبيب إجراء فحص روتيني للدم للتأكد من دقة الجرعة الدوائية اللازمة، لأن الجرعة الزائدة ربما تسبب نزوفاً دموية تلقائية في الأمعاء، أو الدماغ، أو تحت الجلد، أو في أي عضو آخر.

يشكل قصور القلب الحاد، أو المفاجئ، مع ما يرافقه من زلّة تنفسية شديدة، حالة طبية طارئة، فإذا حصل ذلك لأي شخص، فيجب نقله فوراً إلى المستشفى، حيث يتم إسعافه بحقنه

بالأدوية الضرورية وجعله يستنشق الأكسجين مما يساعد على تخفيف الأعراض سريعاً، وبعد تحسن حالته عليه اتباع إرشادات طبيبه بدقة.

ارتفاع ضغط الدم (High blood pressure)

عندما يضخ القلب الدم إلى الشرايين فإن قوة تدفقه تلك تحدث ضغطاً على جدرانها، تماماً مثلما يحدث الهواء في الدولاب ضغطاً على البطانة من الدخل، وبقدر ما يكون الهواء الزائد مؤذياً للدولاب بقدر ما يؤذي ضغط الدم المرتفع الشرايين. فإذا كان قلبك يضخ الدم إلى شرايينك بقوة أكثر من الطبيعي ليحافظ على تدفق ثابت له، فهذا يعني أنك مصاب بارتفاع التوتر الشرياني، أو ما يعرف بارتفاع ضغط الدم. هذا الارتفاع يلقي عبئاً مجهداً على الجملة الوعائية يمكن أن يؤدي إلى مضاعفات خطرة.

يتباين ضغط الدم من شخص لآخر كما يتباين أيضاً حتى في أجزاء الجسم المختلفة لنفس الشخص، وعلى سبيل المثال يكون أكثر ارتفاعاً في الرجلين مما هو في الذراعين، وقد جرت العادة (لأسباب عملية) أن يقاس ضغط الدم في أحد الشرايين الكبيرة للذراع، وعند قياس ضغط الدم يقاس الضغط الانقباضي (الأعظم) (Systolic) والضغط الانبساطي (الأصغر) (Diastolic) . «الضغط الانقباضي هوالضغط الأعظم الحاصل في اللحظة التي ينقبض فيها القلب في سياق عملية ضخ الدم، والضغط الانبساطي هو ذاك الحاصل في اللحظة التي ينبسط فيها (يسترخي) القلب للسماح بتدفق الدم إليه». وهكذا فإن الرقم الانقباضي الذي يمثل لحظة الضغط الأعظم يكون على الدوام أعلى من الرقم الانبساطي. فإذا أخبرك طبيبك أن ضغطك الدموي مثلاً هو (120/ 80)، فهذا يعني أن ضغطك الانقباضي (120) والانبساطي (80)، (إن ضغط الدم الطبيعي عند الإنسان البالغ، وفي حالة الراحة، هو في حدود 120/ 80 تقريباً).

يعتمد ارتفاع ضغط الدم، إلى حد بعيد، على العمر، فبعد الخامسة والستين يعتبر الطبيب أن الضغط البالغ (140/ 90) طبيعياً، باعتبار أن ضغط الدم يميل للارتفاع مع تقدم العمر، ولكن قبل الأربعين، وفي حالة جسمية وعاطفية جيدة وهادئة نسبياً، إن تجاوز ضغط الدم (150/ 100) فإنه يستدعي القلق والاهتمام، وحتى عندما يكون أحد الرقمين فقط مرتفعاً، ولاسيما الانبساطي منهما، فذلك يعني وجود حالة معينة من ارتفاع ضغط الدم.

هناك في الواقع نمطان من ارتفاع ضغط الدم، ارتفاع ضغط الدم الأساسي (Essential hypertension) وارتفاع ضغط الدم الثانوي (Secondary hypertension) ففي النمط الأول لا يُلاحظ سبب ظاهر للإصابة. أما في النمط الثاني فيوجد عادة سبب مباشر لذلك، ومن بين تلك الأسباب الممكنة، الإصابة بمرض كلوي والاضطرابات الهرمونية، مثل داء كوشنغ، (ص 679). متلازمة كون (ص 680)، والتبدلات الجسمية الناجمة عن تناول مانعات الحمل (ص 809) أو عن الحمل نفسه (ص 823).

ارتفاع ضغط الدم الأساسي أكثر حدوثاً من الثانوي، ويبدو أن ثمة ميلاً أسرياً (وراثياً) للإصابة بهذا المرض إضافة إلى نمط حياة الإنسان، كما يبدو مرجحاً أن الشباب البدينين هم أكثر عرضة للإصابة بارتفاع ضغط الدم عندما يصلون إلى أواسط العمر مقارنة بأقرانهم غير البدينين، وأن ثمة رابطة ما بين ارتفاع ضغط الدم وتناول ملح الطعام بكثرة. فإذا كنت مصاباً بارتفاع ضغط الدم وبديناً فقد يفيدك إنقاص وزنك وتقليل ما تتناوله من ملح الطعام يومياً مما يساعد في تخفيض معدل ضغط دمك.

إن غالبية المصابين بارتفاع ضغط الدم يزداد ارتفاع ضغطهم باضطراد على مرِّ السنين ما لم يعالج، ومع ذلك، ورغم المعالجة، وفي بعض الحالات النادرة، ربما يتطور ضغط الدم سريعاً، وهذه حالة خطرة تسمى ارتفاع ضغط الدم الوبيل وهي ربما تحدث عند المصابين بكلا نمطي ارتفاع ضغط الدم، وخاصة من المدخنين.

الأعراض: غالباً، لا يوجد أعراض لارتفاع ضغط الدم، وقد لا يُكتشف إلا صدفة، لأن المصاب به لا يشعر بأية أعراض جسمية واضحة لكن عندما تبدأ الأعراض بالظهور كالصداعات والخفقانات والشعور باعتلال الصحة يكون ضغط الدم قد وصل إلى مرحلة الخطورة، لذلك من الخطأ تأجيل العلاج لحين ظهور تلك الأعراض. إن المصابين بارتفاع ضغط الدم الوبيل هم على الأرجح الذين يعانون من هذه الأعراض.

ارتفاع ضغط الدم مرض شائع على نطاق واسع، لذلك عليك أن تتنبه باستمرار لاحتمال ارتفاع ضغطك الدموي لاسيما إن كنت فوق سن الأربعين وبشكل خاص إذا كان هناك ارتفاع ضغط دموي في أسرتك، أو كنت بديناً.

المضاعفات: إن ارتفاع ضغط الدم حتى ولو كان طفيفاً سيقصِّر العمر المتوقع، إذا ترك دون علاج. وارتفاع ضغط الدم الحاد، سيقصر العمر لدرجة كبيرة إذا لم يعالج. ويوجد مخاطر كبرى على القلب والدماغ في مثل هذه الحالة. ويمكن لضغط الدم الوبيل، الغير معالج، أن يكون مميتاً في غضون ستة أشهر.

يكمن خطر ارتفاع ضغط الدم في أنه يجبر القلب على القيام بجهد زائد حتى يحافظ على حركة الدم في الجسم، مما يؤدي إلى تأذي بطانة شرايين القلب الإكليلية، وبمرور الوقت قد يتكون، في مكان الأذية، نسيج دهني يدعى «العصيدة» فتبدأ الشرايين الإكليلية بالتضيق لدرجة ربما تنسد فيها تماماً، وتكون النتيجة الإصابة بهجمة قلبية (ص 456)، أو ربما بقصور قلب احتقاني.

تُظهر الإحصائيات أن المصابين بارتفاع ضغط الدم معرضون للإصابة بقصور قلبي ستة أضعاف عما يتعرض له ذوو ضغط الدم الطبيعي، ومعرضون أيضاً للإصابة بالسكتة أربعة أضعاف أقرانهم ممن يتمتعون بضغط دم طبيعي، وذلك بسبب ما يحدثه ارتفاع ضغط الدم الزائد من احتمال تشكل عصيدة في شرايين الدماغ. وقد تتأذى الكلى من ارتفاع ضغط الدم، خاصة

الوبيل منه، مما يسبب مزيداً من ارتفاع ضغط الدم، كما يتأذى الدماغ أو العينان وأعضاء أخرى نتيجة تأذي الأوعية الدموية التي تغذيها بالدم.

إذا كنت حُبلى وأصبت بارتفاع ضغط دم فيجب عليك أن تعالجيه فوراً وإلا قد يؤدي ذلك إلى نقص كفاءة المشيمة في تزويد الجنين بحاجته من الدم والغذاء، وبالتالي تتعرضين، أنت وجنينك، لمضاعفات هذا الأمر.

العلاج: ينصح كل إنسان أن يتفقد ضغط دمه مرة كل عام، وعلى المرأة التي تتناول مانعات الحمل الفموية أو حبوب الأستروجين، أو الحُبلى أن تتفقَّد ضغط دمها مراراً. فإذا وجد الطبيب في الفحص الأول أن هناك علامات ارتفاع ضغط الدم، فربما يطلب إعادة هذا الفحص ثانية قبل أن يبدأ بالعلاج، والسبب هو أن الإجهاد أو الانفعال، أو بعض العوامل الأخرى الجسمية أو النفسية، ربما تؤدي أحياناً إلى قراءة مضللة لضغط الدم، ولذلك من المستحسن عدم وضع التشخيص مباشرة.

يعتمد إجراء المزيد من الاستقصاءات على عمر المريض، وعلى رأي الطبيب فيما إذا كان مريضه مصاباً بارتفاع ضغط دم أساسي أو ثانوي.

يشفى ارتفاع ضغط الدم الثانوي، عادة، عندما يحدد الاضطراب الذي أدى إلى حدوثه ويعالج بنجاح. أما إذا لم تتم السيطرة على ذلك الاضطراب، فإن المعالجة تكون نفسها كما في علاج ارتفاع ضغط الدم الأساسي حيث يمكن السيطرة عليه حتى وإن تعذر شفاؤه.

العلاج الذاتي: في كثير من الحالات، ربما يؤدي تخفيض الوزن وتغيير نوعية الطعام وأسلوب الحياة إلى تخفيف كافٍ لضغط الدم دون استعمال أدوية. وفيما يلي نقدم بعض المقترحات لتحقيق ذلك:

1 ـ إذا كنت مدخناً، توقف عن التدخين نهائياً (ربما يفيد التخفيف)، مع العلم أن تدخين السجائر ليس سبباً مباشراً لارتفاع ضغط الدم، ولكن الأشخاص المدخنين المصابين فعلاً بارتفاع ضغط الدم معرضون أكثر بكثير للإصابة بالاختلاطات (ارتفاع ضغط الدم الوبيل)، أضف لذلك وجود ترابط ما بين التدخين ومرض الشرايين الإكليلية. وبما أننا نعلم أن احتمال الإصابة باضطراب قلبي يزداد بسبب التدخين وارتفاع ضغط الدم، فإن الإقلاع عن التدخين يمكن أن يقلل الخطورة إلى النصف بدلاً من أن يضاعفها.

2 ـ إذا كنت بديناً فاختر طعاماً يساعد على تخفيف وزنك، والتزم به حتى تصل للوزن الملائم لعمرك وجنسك وطولك، (أي خفِّض وزنك إلى المستوى الطبيعي) وحافظ على ذلك الوزن، مع العلم أنه ليس هناك دليل حاسم على إمكانية السيطرة على ارتفاع ضغط الدم بتخفيض الوزن فقط، لكننا نعلم علم اليقين بأن أولئك الأشخاص البدينين المصابين بارتفاع ضغط الدم هم أكثر عرضة للإصابة بمضاعفات المرض من أقرانهم النحيفين، وبأن النحيفين أقل عرضة للإصابة بأمراض خطيرة معينة مثل البدينين.

3 ـ امتنع عن تناول ملح الطعام وكل الأطعمة المملحة (كالمخللات مثلاً).

4 ـ ابتعد عن المثيرات النفسية، تعلَّم أن تتجاوز الأزمات بهدوء؛ إذ تشير بعض الدراسات إلى أن الشخص اللجوج، والذي يتكلم أكثر مما ينصت، والذي ينظر باستمرار إلى ساعة يده، يكون ذا خطورة أعلى للإصابة بجميع أمراض القلب والدوران.

5 ـ لا تشرب الكحول.

6 ـ يمكن غالباً معالجة ضغط الدم المرتفع ارتفاعاً طفيفاً بدون أدوية، من خلال طرائق الاسترخاء، مثل التأمل أو اليوغا أو التلقيم الحيوي الراجع، وعوِّد نفسك أن تمارس تمرين الاسترخاء يومياً وفي نفس الوقت، واجعل طبيبك يراقب ضغط دمك ليتأكد أن المعالجة الاسترخائية قد خفضته إلى سوية الأمان.

العلاج الاختصاصي: إذا لم ينجح العلاج الذاتي في تخفيض ضغط الدم إلى المعدل الطبيعي، يكون المصاب بحاجة إلى أحد أشكال المعالجة الدوائية التي يجب تطبيقها تحت إشراف الطبيب المختص، وينصح بمتابعة تطبيق العلاج الذاتي إضافة إلى تناول الأدوية، لأن جميع هذه الأدوية لها آثار جانبية، وبشكل عام، فإنه كلما تم تخفيف الجرعة الدوائية كلما تضاءلت فرصة معاناة المصاب من الآثار الجانبية. وباعتبار أن ارتفاع ضغط الدم الأساسي يكون خالياً من الأعراض عادة، فقد يوقف المصاب تناول أدويته لأنه لم يعد يشعر بالمرض. (وهذا قد يؤدي إلى مضاعفات خطيرة) وبما أنه لا يمكن شفاء ارتفاع ضغط الدم، لذلك يتوجب متابعة تناول جرعات الدواء بانتظام طيلة بقية الحياة، ويجب التآلف مع بعض الآثار الجانبية للدواء. فعلى سبيل المثال، إن العديد من الأدوية، التي توصف لعلاج ارتفاع ضغط الدم، تقلل من استجابة الجسم الطبيعية للتغييرات المفاجئة في الوضعية، ولذلك عند الوقوف فجأة من وضعية الجلوس فقد يكون هنالك تأخر طفيف في وصول الدم الإضافي اللازم الذي يتم ضخه للدماغ لضبط هذا التغيير في الوضعية، وهذا ربما يسبب شعوراً عابراً بالإغماء أو ربما يحصل إغماء فعلي، كما أن من بين الآثار الجانبية الأخرى لهذه الأدوية هناك جفاف الفم أو احتقان الأنف أو الصداعات أو النُعاس. ولهذه الأسباب فإن الطبيب لا يطلب من مريضه بدء العلاج بالأدوية ما لم يقتنع بوجود حاجة ماسة لذلك، ومن المهم أن يكون المريض أيضاً مقتنعاً بذلك وأن يطبق وبدقة وصايا طبيبه كلها.

غالباً ما ينصح الطبيب مريضه أن يبدأ باستعمال المدرات البولية حيث تساعد هذه المدرات على تخفيض ضغط الدم من خلال إطراح السوائل من الجسم، وبالتالي خفض حجم الدم. وعند البدء باستعمالها فإن المصاب سيتبول مراراً، لذلك ينصح بتناولها في الصباح، مع العلم أن بعض المدرات البولية تسبب أيضاً طرح البوتاسيوم الذي يجب تعويضه بتناول أقراص البوتاسيوم، أو بتناول أطعمة غنية به مثل البرتقال والأناناس وغيرهما من الفواكه.

تستعمل أنماط أخرى عديدة من الأدوية للسيطرة عل ارتفاع ضغط الدم، وفي نفس الوقت فإنها تنقص الإجهاد عن القلب أيضاً وتساعد على اتقاء عدم الانتظام في نظمه، مع العلم أن لهذه الأدوية آثاراً جانبية قليلة خاصة عندما تؤخذ بجرعات مخففة، أما إذا حدثت بعض الآثار مثل التعب، يراجع الطبيب.

المضاعفات بعيدة المدى: إذا تمت السيطرة على ارتفاع ضغط الدم فبذلك يتم تلافي معظم أخطار القصور القلبي، كما ستقل إمكانية حدوث السكتة. أما تأثير السيطرة على ضغط الدم المرتفع، على احتمال الإصابة بالتجلط الإكليلي، أو الهجمة القلبية، فهو أقل، وربما يعود ذلك إلى تدخُّل عوامل أخرى عديدة في هذه الأحوال. ومع أن الأذية الحاصلة في الدوران الإكليلي، التي نجمت عن ارتفاع ضغط الدم، غير عكوسة فمن المنطقي الاستنتاج بأن المصاب أقل عرضة للإصابة بهجمة قلبية نظراً إلى أن قلبه يعمل تحت إجهاد أقل عندما يتم تخفيض ضغط الدم.

وبشكل عام، إذا كان علاج ضغط الدم المرتفع ناجعاً، فإن المضاعفات المترتبة عليه بسيطة، ولكن من المهم إجراء زيارات منتظمة للطبيب، وتطبيق تعليماته بدقة.

الصدمة (Shock)

تُعرَّف الصدمة بأنها حالة يحدث فيها، بشكل مفاجئ، نقص شديد في إمداد خلايا الجسم بالدم، فتتوقف الأعضاء الحيوية المفتقرة للأكسجين عن العمل بشكل مؤقت (على الأقل)، ويحدث هذا عادة نتيجة واحد من ثلاثة أسباب محتملة:

الأول: حدوث قصور في القلب وعدم تمكنه من ضخ كميات كافية من الدم، وهذا ما يدعى بالصدمة القلبية (Cardiogenic shock).

الثاني: فقدان كمية كبيرة من سوائل الجسم أو من الدم، بسبب الحروق أو النزوف أو انثقاب قرحة (ص 585) أو إسهال شديد وطويل إلى درجة تصبح فيها كمية الدم الموجودة في الجسم غير كافية للمحافظة على ضغط الدم، وهذا ما يدعى الصدمة بنقص حجم الدم (Hypovolemic shock).

الثالث: عندما يصبح حجم أوعية الجسم الدموية كبيراً جداً لدرجة تصاب بها بافتقار نسبي للدم بالرغم من أن الكمية الفعلية للدم لم تنقص، وهذا ربما ينجم عن تفاعل أرجي شديد أو خمج قوي، وهذا ما يدعى الصدمة التأقية أو الإنتانية (Anaphylactic or septic shock).

إذا تطورت الصدمة نحو الأسوأ، فإن حالة الجسم تصبح في تدهور متتابع خطير، حيث يؤدي نقص تدفق الدم إلى الدماغ إلى افتقاره للأكسجين، فإذا تأثر بذلك فإن الأوعية الدموية تصبح خارج سيطرة الدماغ، وبالتالي يعجز الجهاز العصبي عن السيطرة على تمدد (قطرها) كما

هو الأمر في الوضع الطبيعي، مما يؤدي إلى حدوث فرط تمدد فيها فينخفض ضغط الدم أكثر فأكثر، وينخفض إمداد الدماغ بالدم أكثر فأكثر، فإذا وصل المصاب إلى هذه المرحلة أو الحالة (أو الدوامة)، فإن جسمه لن يستطيع المعاوضة بشكل تلقائي.

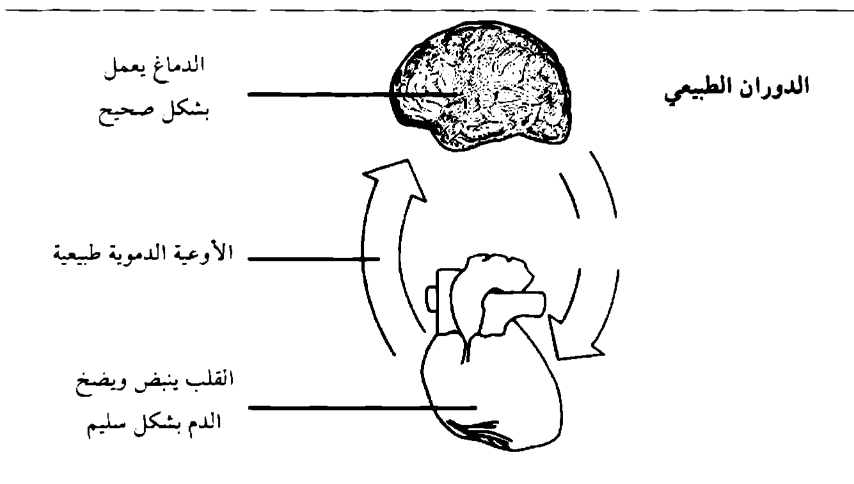
الأعراض: من أعراض الصدمة حدوث تعرق ودوخة وغثيان وإغماء ولهاث وتسرع النبض وشحوب وشعور بالبرد ورطوبة الجلد، وينخفض ضغط الدم إلى سويات متدنية كثيراً. وعندما ينقص إمداد الدماغ بالدم فإن المصدوم يصبح وسِناً (نعساناً)، ويصاب بالتخليط الذهني وقد يفقد الوعي نهائياً.

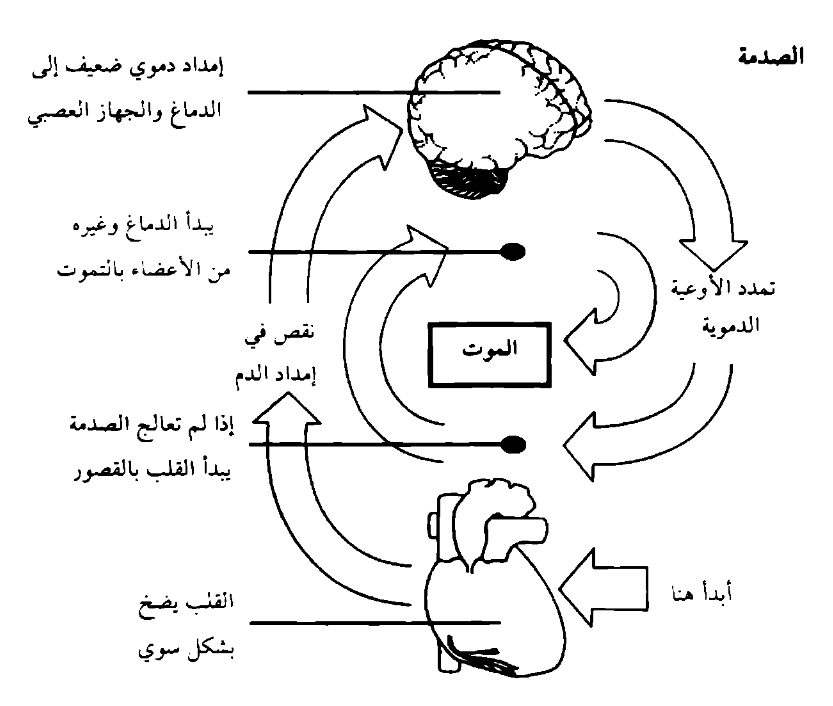
المضاعفات: ما عدا الحوادث، فإن أكثر الأشخاص عُرضة للدخول في الصدمة هم أولئك الذين أصيبوا بنزف باطني لأي سبب، أو بتسمم دموي شديد (ص 519)، أو باضطرابات قلبية أو رئوية يمكن أن تؤدي إلى هجمة قلبية (ص 456)، أو بانصباب تأموري واسع (راجع التهاب التأمور الحاد ص 488) أو بهجمة ربو شديدة (ص 422).

إذا لم تعالج الصدمة بسرعة فإنها تؤدي للموت بسبب عجز الجسم عن المعاوضة من ذاته. ونظراً إلى أن الدماغ يعمل فقط لبضع دقائق بدون أكسجين، فإن الصدمة الطويلة قد تسبب عطباً دماغياً حتى لو شفيت، كما تتضرر الكليتان أيضاً بسرعة نتيجة الافتقار للدم، وقد يفضي القصور الكلوي الحاد (ص 658) للموت حتى لو بدأت الإجراءات الاستشفائية في غضون دقائق. تكون فرص الشفاء من صدمة نقص حجم الدم حسنة إذا تمت معالجة السبب الكامن مباشرة، أما الأنماط الأخرى من الصدمة فالأرجح أن تكون مميتة.

العلاج: إذا أصيب شخص ما بالصدمة وأنت موجود فاطلب العون الطبي (الإسعاف) فوراً، وتذكر أن المصدومين لا يمكنهم عمل أي شيء لأنفسهم على الإطلاق.

يجب أن ينقل المصدوم إلى المستشفى بأسرع ما يمكن، وربما إلى وحدة العناية المشددة، حيث يتوافر للهيئة الطبية تجهيزات خاصة لمراقبة نظم قلب وضغط دم المصاب، وحيث يعطي جهاز مراقبة القلب مخططاً مستمراً عن ضرباته، وهذه المعلومة مهمة لتقييم حالة المريض. إن مهمة الطبيب الرئيسية، وفي المقام الأول، هي العمل على استقرار حالة المريض، ومن ثم تقييم شدة الصدمة وتحديد السبب، حيث تهدف المعالجة، أول ما تهدف، إلى إعادة ضغط دم المصدوم إلى مستواه الطبيعي بحيث تحصل أعضاء الجسم على كفايتها من الدم لتبقى حية. وبغية تحقيق ذلك، قد يتم تسريب السوائل إلى جهاز الدوران عبر أنبوب دقيق يغرس في أحد الأوردة، كما تُعطى الأدوية لتقوية ضربات القلب ورفع ضغط الدم. وإذا لم يكن الدماغ قد تأذى بعد، فإنه يستجيب ويسترجع سيطرته على مقوية وحجم (قطر) الأوعية الدموية. وفي العديد من الحالات تعطى عناية خاصة للكليتين لاتقاء حدوث قصور كلوي.





الصدمة والدوران

يصاب الإنسان بالصدمة إذا انخفض ضغط دمه لدرجة كبيرة، ولأي سبب كان، لأن الأنسجة والأعضاء تتلقى إمداداً ناقصاً من الدم، فيحاول الدماغ، في البداية، أن يعاوض عن النقص بتضييق الأوعية الدموية في المناطق غير الأساسية من الجسم، مثل الجلد، وهذا بدوره يسبب الشحوب ويزيد من ضربات القلب، وإذا لم يجد ذلك نفعاً واستمر ضغط الدم في الانخفاض فإن الدماغ يصبح عاجزاً عن فعل المزيد، فتسترخي العضلات في جدران الأوعية الدموية مما يزيد انخفاض الضغط، فإذا لم تعالج هذه الحالة سريعاً، فإن الأعضاء الحيوية في الجسم تبدأ بالتموت بسبب نقص الأكسجين.

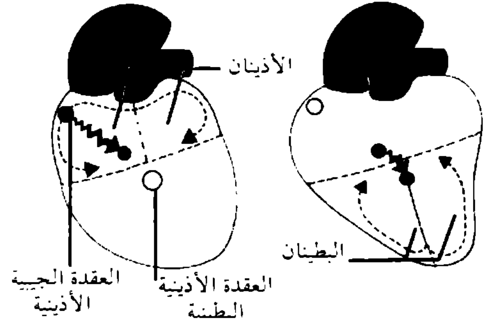
بعدما يستعيد الجسم وضعه ويرتفع مستوى ضغط الدم إلى الحد الطبيعي، فإنه يمكن البدء بمعالجة السبب الكامن لحدوث الصدمة، وهذه المعالجة تعتمد على شدة وسبب الحالة. مثلاً قد يُجرى تدخل جراحي لإصلاح قرحة نازفة، أو قد تحقن مقادير كبيرة من المضادات الحيوية لمكافحة الخمج الشديد، وتعتمد توقعات الشفاء التام، عادة على السبب الكامن من ناحية، وعلى سرعة وفاعلية المعالجة الإسعافية من ناحية أخرى، وذلك في الدقائق الأولى الحاسمة التي يكون فيها الجسم مصدوماً.

- 2 -

سرعة ونظم القلب (Heart rate and rhythm)

يعمل القلب كمضخة تضخ الدم إلى جميع أنحاء الجسم، ولكي يعمل بكفاءة يجب أن تتقلص عضلته بانسجام تام.

يتألف القلب من أربعة حجرات: الأذين الأيمن والأذين الأيسر في الأعلى، والبطين الأيمن والبطين الأيسر في الأسفل، كما أن هناك صمامات خاصة بين الحجرات العلوية والسفلية تحافظ على تحرك الدم بالاتجاه الصحيح، إلا أن الدفعات الكهربائية الآتية من مجموعة خلايا واقعة في الأذين الأيمن هي التي تساعد على التقلصات العضلية، وهذه الدفعات الكهربائية تنتقل سريعاً، على امتداد السبل العصبية التي تتفرع في جميع الاتجاهات. نحو العضلات في جميع الحجرات القلبية الأربعة. فإذا ما سار جزء من هذا الجهاز الناقل المعقد سيراً خاطئاً فإن الخطوات النظمية المنتظمة لدقات القلب تضطرب وربما ينجم عن ذلك واحد من الاضطرابات الآتي ذكرها في المجموعة التالية من البحوث.



إن الدفعة الكهربائية التي تحدث نبضة القلب تتولد في العقدة الجيبية الأذينية، وتمر عبر جدار الأذينين إلى العقد الأذينية البطينية ومن ثم تمر إلى البطينين.

توقف القلب والرجفان البطيني (Cardiac arrest and ventricular fibrillation)

إذا توقف القلب عن النبضان لسبب من الأسباب، فإن ذلك يؤدي إلى توقف ورود الدم إلى الدماغ ومن ثم فقدان الوعي مباشرة. ويتوقف القلب عادةً، عند شخص يبدو سليماً من حيث الظاهر، بسبب داء الشرايين الأكليلية (ص 447)، أو بسبب اضطراب في نظم القلب يعرف بالرجفان البطيني (Ventricular fibrillation) ، الذي يحدث إذا كانت عضلات البطينين تتقلص بلا تناسق أو بدون ضخ فعال للدم.

العلاج: يؤدي توقف قلب شخص ما إلى موته، أما إذا أمكن تقديم الإسعاف لذلك الشخص فمن الممكن إعادة النبض للقلب وعودة دوران الدم من جديد بواسطة تمسيد القلب (Cardiac massage) الذي يجب أن يطبق للمصاب خلال دقائق (فوراً). مثلاً، يستطيع شخص مدرَّب على الإنعاش القلبي الرئوي أن يساعد على إعادة نبض قلب شخص ما كان قد توقف عن الخفقان ريثما يتم نقله إلى المستشفى. (لمزيد من المعلومات راجع التعامل مع مصاب بهجمة قلبية ص 960).

في كل الظروف، إذا رأيت شخصاً قد توقف قلبه فاطلب الإسعاف فوراً، لأن توقعات الشفاء بالنسبة لهذا الشخص جيدة إذا تم تقديم العلاج له خلال بضعة دقائق، على أن تتم المحافظة على الدوران إلى أن يصل المصاب إلى المستشفى. وإذا كان سبب توقف القلب هو الرجفان البطيني، فإن ضربات القلب غالباً ما تتم استعادتها بواسطة مزيل الرجفان (Defibrillator)، وهو جهاز يمرر لفترة وجيزة تياراً كهربائياً عبر الصدر إلى القلب.

رجفان ورفيف الأذنين (Atrial fibrillation and flutter)

عند الإصابة بالرجفان الأذيني فإن عضلات الأذينين (Atria) (حجرتا القلب العلويتان) تتقلصان بمعدل يزيد عن (300) نبضة في الدقيقة، وهو معدل سريع جداً، في حين تتقلص عضلات البطينين (Ventricles)، (حجرتا القلب السفليتان)، بمعدل لا يزيد عن (160) نبضة في الدقيقة (البطينان لا يستطيعان النبض بمعدل أكبر من ذلك) مما يؤدي إلى عجز البطينين عن مسايرة نبض الأذينين، وهذا (الرجفان الأذيني) ينقص كفاءة القلب كمضخة، لأن التقلصات الأذينية السريعة تدفع مقادير قليلة جداً من الدم إلى البطينين، فيصبح طور امتلاء البطينين قصيراً، ولا يعود عمل حجرات القلب العلوية والسفلية متناسقاً فيضطرب عمل القلب. أما الرفيف الأذيني فهو يشبه الرجفان، إلا أن عضلات الأذينين تتقلصان في الرفيف بانتظام أكثر وبمعدل أبطأ بعض الشيء ـ في حدود (٣٠٠) نبضة في الدقيقة أو أقل ـ وإن كلا الرجفان والرفيف يظهران ويختفيان بحيث يفصل بين الهجمتين فترة يعمل فيها القلب بشكل طبيعي تماماً.

يحصل كل من الرجفان والرفيف عادة كنتيجة لداء الشرايين الإكليلية (ص 447)، أو لمرض قلبي ناجم عن الحمى الرثوية (ص 477)، كما أن الرجفان أو الرفيف يمكن أن يحدثا أيضاً بسبب فرط نشاط الغدة الدرقية (ص 682) أو الإصابة بحمى شديدة. وفي حوالي (10%) من الحالات، لاسيما بين المسنين، لا يوجد سبب واضح.

الأعراض: بشكل عام، ليس هناك أعراض لهذا المرض، و إذا وجدت فإن الأكثر حدوثاً منها هو الخفقانات أو الشعور الواضح بضربات القلب، ودوخة وهجمات عارضة من الذبحة (ص 453) ونُوَب من الإغماء، كما قد تحدث بعض أو كل أعراض قصور القلب (ص 460).

المضاعفات: إحدى مضاعفات الرجفان أو الرفيف الأذيني، هو تزايد فرصة الإصابة بالانصمام (Embolism) . فإذا تشكلت جلطة في أي من الأذينين، فإنها قد تتفتت أو تنقسم إلى قطع أصغر يحملها الدم عبر جهاز الدوران، وعندما تصل إلى وعاء دموي ذي قطر لا يسمح بمرورها فإنها تتوقف فيه وتسده وهذا ما يدعى بالانصمام، الذي ربما يعيق أو يمنع تدفق الدم إلى ما بعد نقطة الانسداد، فتنحرم المنطقة التي كانت تتغذى من الوعاء المسدود من الدم، وبالتالي تكون أهمية النتائج متعلقة بأهمية وحجم المنطقة المتأذية.

الخطر الآخر المحتمل هو حدوث قصور قلب. ففي الأحوال الطبيعية، وعلى الرغم من سوء عمل الأذينين، فإن البطينين لوحدهما يستطيعان التكيف مع مهمة ضخ الدم. ومع ذلك، وفي حالة الرجفان الأذيني، فإن البطينين لا يقومان بالضخ بكفاءة، وقد يحدث قصور قلب لاسيما إذا كان البطينان بالأصل مريضين.

العلاج: تعتمد المعالجة، إلى حد بعيد، على سبب الاضطراب الكامن، وغالباً ما توصف العقاقير الديجيتالية (Digitalis) لتحسين كفاءات تقلصات البطينين، لأن دوران الدم يعتمد على الضخ الجيد للبطينين إذا كانت تقلصات الأذينين معيبة. وتستعمل الأدوية المسماة حاصرات بيتا (Betablockers) (راجع التعريف ص 9) لمعالجة الرفيف الأذيني، أو الرجفان الأذيني المترافق مع اضطراب الغدة الدرقية، كما قد يصف الطبيب دواء مضاداً لتجلط الدم تفادياً لحدوث الانصمام.

إذا كان القلب سليماً بالأساس، أو إذا عولج السبب الكامن وراء الرجفان الأذيني بنجاح، واستمر الرجفان أو الرفيف الأذيني، فقد يأخذ الطبيب بالاعتبار إمكانية إجراء المعالجة التي تدعى التحويل الكهربائي (Electroversion) ، وهذه المعالجة عبارة عن تطبيق صدمة كهربائية على القلب، عبر الصدر، تحت التخدير العام، والتي غالباً ما تنجح في استعادة النظم الطبيعية للقلب.

خوارج الانقباض (Ectopic heartbeats)

خوارج الانقباض ظاهرة يطلق عليها البعض اسم الضربات القلبية الهاجرة أو المنتبذة، وهي، ببساطة، شذوذ بسيط يطرأ على نظم القلب عند شخص سليم. فإذا شعرت أن قلبك قد نبض نبضة أو نبضتين إضافيتين أو توقف بمعدل نبضة أو نبضتين، بين الحين والحين، فإنك بذلك تعاني من خوارج الانقباض، وهذه حالة بسيطة وشائعة وغير ضارة، ولا تستدعي القلق ولا تحتاج لعلاج. ولكن إذا سببت هذه الأعراض إزعاجاً أو قلقاً فربما يصف الطبيب دواءاً لعلاجها.

تحدث خوارج الانقباض المتكررة غالباً، للأشخاص الذين يفرطون في التدخين أو شرب الكحول أو تناول الكافئين، لذلك يمكن تخفيف ما يترتب عليها من إزعاجات، عند

حدوثها، بالإقلاع عن التدخين وعدم شرب الكحول وكذلك المشروبات الحاوية على الكافئين (كالقهوة والشاي والكولا) أو الإقلال منها.

الإحصار القلبي (الإحصار الأنيني البطيني) (Heart block)

تخضع سرعة دقات القلب لناظمة طبيعية تتألف من مجموعة من الخلايا الخاصة والتي تقع في جدار الأذين الأيمن، أي الحجرة العلوية اليمنى من القلب، وهذه الناظمة ترسل دفعات كهربائية عبر الأذينين وصولاً إلى البطينين، فتحدث التقلصات النظمية للعضلة القلبية والتي نسميها نبضات القلب.

إذا عملت الناظمة الطبيعية ببطء زائد أو باختلال شديد (متلازمة الجيب المريض) فقد تحدث هجمات من الدُوام أو التخليط أو التعب، ويسبب إحصار القلب أعراضاً مشابهة عندما يُخفِق الجهاز الذي ينقل الدفعات الكهربائية عبر عضلات القلب، جزئياً أو كلياً، وعندئذٍ تصبح نبضات الأذينين، أو الجزء العلوي من القلب، غير متناسقة مع نبضات البطينين أو الجزء السفلي من القلب، وهذا ما يعرف بإحصار القلب.

في إحصار القلب من الدرجة الأولى لا يسبب سريان الدفعات الكهربائية البطيء أي عارض. وفي إحصار القلب من الدرجة الثانية تفشل بعض الدفعات الكهربائية الأذينية في الوصول إلى البطينين، فيصبح نبض القلب غير منتظم. أما في الإحصار المعروف بإحصار القلب من الدرجة الثالثة (إحصار القلب التام) فإن الدفعات الكهربائية لا تنتقل على الإطلاق فيتابع البطينان النبضان بشكل مستقل عن الناظمة والأذينين.

يتسارع معدل ضربات القلب، في الحالة الطبيعية، ليتلاءم مع الجهد أو الانفعال، ويمكن معرفة ذلك من جس النبض في المعصم، أما في إحصار القلب فإن ذلك التسارع لا يحدث أبداً، ونتيجة لذلك يضخ القلب مقداراً قليلاً جداً من الدم المؤكسج نحو الدماغ والأجزاء الأخرى من الجسم، وذلك في الأوقات التي تستوجب فيها الحاجة إلى إمداد دموي أكبر.

يمكن أن يحدث إحصار القلب دونما أي سبب ظاهر، ولكنه غالباً ما يترافق مع الخثار الإكليلي أو الهجمة القلبية (ص 456)، كما أن الجرعة الزائدة من دواء ديجيتالي (Digitalis) يمكن أن تسبب أيضاً إحصاراً قلبياً.

الأعراض: لا يوجد على الغالب أية أعراض لإحصار القلب. فإذا كان المصاب لا يمارس جهداً كبيراً، ولا يتعرض لإزعاجات انفعالية فقد لا يدري أبداً أنه مصاب بهذا الاضطراب.

ومن ناحية ثانية، فإن إحصار القلب التام - أي إحصار الدرجة الثالثة - يُحدث أحياناً أعراضاً مماثلة لأعراض قصور القلب (ص 460)، وتحدث الأعراض الأشد نتيجة لمايدعى

«هجمات ستوكس ـ آدمز» (Stokes - Adams attacks) ، والعَرَض الرئيسي لإحصار ستوكس ـ آدمز هو فقد الوعي المفاجئ الذي غالباً ما يكون مصحوباً باختلاجات، ويمكن أن تحصل مثل هذه الهجمات إذا كان البطينان ينبضان دونما رقابة من خلايا الناظمة، وسواء حدث تباطؤ شديد أو فقدان لبعض النبضات، فإن البطينين لا يضخان عندئذٍ الكفاية من الدم للمحافظة على تشغيل الدماغ بشكل طبيعي.

المضاعفات: نظراً إلى أن المزيد من المرضى المسنين يتم تقصيهم من أجل التعرف على شذوذات ناظمة القلب والجهاز الناقل في القلب، فقد تمكن الأطباء من معرفة أن درجات طفيفة من متلازمة الجيب المريض وإحصار القلب، هي أكثر شيوعاً مما كان يُظن سابقاً. ونتيجة للمعالجة الحديثة بالناظمات الصنعية فإن العديد من الأشخاص المسنين قد استعادوا عافيتهم بعد أن كانوا في عِداد العاجزين. هذا ومن المعروف أن الأشكال الأشد من إحصار القلب هي ذات إنذار سيء، حيث أن (50%) من مرضى إحصار القلب التام يموتون خلال سنة من تشخيص مرضهم، إلا أن إنذارها قد تحسن هذه الأيام تحسناً كبيراً بوجود الناظمات المغروسة.

لذا، على الشخص المسن الذي يصاب بهجمات من الدُوام أو الضعف أو التخليط، أن يستشير طبيباً دونما تأخير، فمثل هذه الأعراض لها أسباب ممكنة عديدة، ولكن في حالة الإحصار القلبي فإن المعالجة المبكرة قد تكون منقذة للحياة.

العلاج: إذا تبين أن آلية التوقيت الكهربائية القلبية الطبيعية (الربانية) فيها عيب ما فمن المرجح أن ينصح الطبيب بزرع ناظمة اصطناعية. (راجع الناظمة ص 475).

تسرع القلب الاشتدادي (Paroxysmal tachycarida)

ينبض قلب الإنسان السليم البالغ بمعدل (50 ـ 100) نبضة في الدقيقة حسب حالة الراحة والحركة، فإذا بذل جهداً ملحوظاً فإن نبضه يرتفع إلى حوالي (160) نبضة في الدقيقة، أما إذا أصيب بنوبة (هجمة) تسرع قلب، فإن نبضات قلبه سوف تتسارع فجأة إلى معدل (160) نبضة أو أكثر في الدقيقة. وهذه الهجمة يمكن أن تدوم لمدة دقيقة واحدة أو أن تستمر لعدة أيام متتالية.

الأعراض: العرض الرئيسي لهذا الاضطراب هو الشعور بخفقان القلب بشكل واضح إذ يلاحظ فجأة أن نبض القلب أصبح سريعاً، مما يسبب القلق. وربما يقلق بعض المصابين لدرجة يتصورون فيها أنفسهم أنهم على وشك الموت (طبعاً هذا شعور كاذب)، وقد يحدث لهاث أو إغماء، أو ألم في الصدر وإدرار بول ملحوظ.

المضاعفات: إذا استثنينا الخوف الذي يشعر به بعض المصابين، فإن تسرع القلب الاشتدادي هو اضطراب غير خطير عادة، وهناك إمكانية حدوث قصور قلب احتقاني (ص 460) ولكن ليس هناك ثمة خطر عادة.

العلاج: عند الإصابة بنوبة تسرع قلب اشتدادي، واستمرارها لأكثر من عدة دقائق، وكانت النوبة الأولى، فلا داعي للقلق، ولكن يراجع الطبيب للتأكد من عدم وجود مرض كامن آخر، مثل رجفان ورفيف الأذين (ص 471)، إذ أنه لمن الأسهل تشخيص الاضطراب الأساسي إذا تمكن الطبيب من فحص المصاب أثناء حدوث هجمة تسرع القلب.

وإن كنت شاباً، أو في متوسط العمر وليس لديك خلفية اضطراب قلبي، فمن غير المرجح أن يكون تسرع قلبك خطيراً، ومع ذلك، إن كنت تصاب بنوبات معاودة راجع الطبيب.

العلاج الذاتي: يمكن التخفيف من معدل ضربات القلب بواسطة تحريض دفعات عصبية معينة، وهذه يمكن إحداثها بطرق عدة. مثلاً، إيقاف التنفس لبرهة من الزمن، أو شرب الماء بتمهل وببطء، أو وضع الوجه تحت الماء البارد. فإذا لم تُجدِ أيٌّ من هذه التدابير فقد يفيد سد المنخرين بالأصابع (بالضغط عليهما من الخارج)، ومن ثم محاولة النفخ عبر الأنف بلطف مع إبقاء الفم مغلقاً مما يجعل غشائي الطبلة في الأذنين يقرقعان. ولمنع الإصابة بمزيد من هجمات تسرع القلب الاشتدادي، ينصح بالإقلاع عن التدخين وشرب الكحول والشاي والقهوة والكولا، أو تحديد ما يستهلك منها بشكل يساعد على منع حدوث المزيد من الهجمات، والتخلص من التوتر والقلق ومحاولة الاسترخاء.

العلاج الاختصاصي: ربما يقوم الطبيب بتمسيد شريان في العنق لأن الضغط اللطيف في هذه المنطقة يخفض معدل ضربات القلب. وإذا كان المصاب قلقاً نتيجة إصابته بالهمجة فربما يعطيه الطبيب حقنة دواء تعاكس ضربات القلب المتسرعة. وفي الحالات الشديدة جداً ربما يرى الطبيب ضرورة إجراء ما يدعى، أحياناً، التحويل الكهربائي (Electroversion) ، وهو إجراء يتم فيه تطبيق صدمة كهربائية على القلب مباشرة عبر الصدر تحت التخدير العام، أو قد يصف أدوية تنقص من نشاط عضلة القلب مما يساعد على تخفيف تسارعه.

الناظمات (Pacemakers)

الناظمة هي وسيلة تعطي القلب دفعة كهربائية اصطناعية منتظمة تعويضاً عن الدفعة الكهربائية الطبيعية المضطربة أو الغائبة في القلب. وتستعمل الناظمات لعلاج بعض اضطرابات القلب، كالإحصار القلبي، حيث يوضع مَسْرى على تماس مع جدار القلب سواءً مباشرة أو عبر أنبوب رفيع يدخل في جهاز الدوران من وريد ملائم، ويوصل هذا المسرى إلى وحدة توليد تعمل بواسطة مدخرة (بطارية) ذات مدى زمني يصل إلى (12) سنة أحياناً. وتصمم الناظمات الحديثة بحيث تعمل عند الضرورة فقط، فبعض المرضى، يصابون بهجمات من نبضات القلب اللامنتظمة، يفصل بينها أيام يعمل فيها القلب بشكل طبيعي، حيث تتمكن الناظمة من تحسس هذه الهجمات. وبالمثل فإن الناظمات الحديثة التي تُضبط من خارج الجسم، يمكن برمجتها لتعدل من سرعة القلب وفقاً لحاجات الجسم (مثلاً هناك حاجة لإبطاء سرعة القلب أثناء النوم وزيادتها أثناء العمل).

إن كانت الحاجة للناظمة لفترة قصيرة، مثلما هو الحال عندما تُحدث هجمة قلبية اضطراباً مؤقتاً في نظم القلب، فيمكن وضع الناظمة على النطاق، وبخلاف ذلك فإن الناظمة تغرس تحت الجلد، وعادة في الأنسجة الرخوة في جدار الصدر، مع العلم أنه يجب فحص الناظمة، بشكل دوري، من قبل الطبيب للتأكد من أنها تعمل بشكل جيد، كما أنه من الممكن تفقدها بواسطة الهاتف من خلال تجهيزات خاصة، ومن الممكن استبدالها حين الحاجة بسرعة وبسهولة.

الناظمات الحديثة مقاومة بشكل جيد للمؤثرات الخارجية، ومع ذلك فإذا كانت لديك ناظمة فعليك أن تبتعد عن مرسلات الرادار أو المرسلات اللاسلكية القوية، وتتجنب الدخول في أجهزة الأمن، في المطارات مثلاً، كما أن بعض أنواع الناظمات يمكن أن تتأثر بالدفعات الكهرومغناطيسية المنبعثة من أي مصدر، والمحالق الكهربائية وما شابه. وإذا كان عليك إجراء عمل جراحي من أي نوع، فقد يحتاج طبيبك لاتخاذ احتياطات معينة نظراً إلى أن بعض طرائق تخثير الدم للسيطرة على النزف قد تؤثر عكسياً على وظائف ناظمتك.

- 3 -
أمراض صمامات القلب (Heart valves diseases)

في القلب أربعة صمامات:

الأول: يسمح بمرور الدم من الأذين الأيسر (Left atrium) إلى البطين الأيسر (Left ventricle) ويمنع عودته بالاتجاه المعاكس وهو الصمام التاجي (Mitral valve) .

الثاني: يسمح بمرور الدم من الأذين الأيمن إلى البطين الأيمن ويمنع عودته بالاتجاه المعاكس وهو الصمام المثلث الشرف (Tricuspid valve) .

الثالث: يسمح بخروج الدم من البطين الأيسر إلى الشريان الأبهر (Aorta) ، وهو الشريان الذي يتدفق عبره الدم إلى كامل الجسم، وهو الصمام الأبهري (Aortic valve) .

الرابع: يسمح بمرور الدم من البطين الأيمن إلى الشريان الرئوي (Pulmonary artery) الذي ينقل الدم إلى الرئتين، ويمنع عودته بالاتجاه المعاكس وهو الصمام الرئوي (Pulmonary valve) .

إذا أصيب أحد هذه الصمامات بالالتهاب فإن ذلك قد يؤدي إلى تضيُّقه، أو حدوث عدم الكفاءة (لا كفاية) في أدائه لعمله. وينجم التضيق عن حدوث ثخانة في جسم الصمام مما يضيق فتحته، أما عدم الكفاءة (اللاكفاية) فإنها تنتج عن انفتال الصمام بحيث يصبح غير قادر على الانغلاق بشكل كامل.

سندرس هنا، تضيق الصمامات وعدم كفاءتها (لاكفايتها)، كما سندرس الحمى الرثوية والتهاب الشغاف الجرثومي لكونهما سببين شائعين لأمراض صمامات القلب.

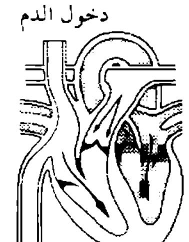
كيف تعمل الصمامات:

مع كل نبضة قلب يتقلص البطينان ويدفعان الدم خارج القلب، وينفتح الصمامان الأبهر والرئوي. ثم يسترخي البطينان بين كل نبضتين قلبيتين وينغلق الصمامان الأبهر والرئوي، وعندئذٍ ينفتح الصمامان مثلث الشرف والتاجي لكي يمر الدم إلى القلب من الأوردة. وتبقي هذه الدورة التكرارية المنتظمة والدائمة الدم متدفقاً في جميع أنحاء الجسم.



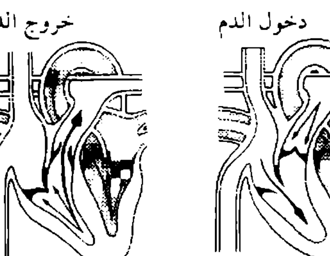
1 الصمام مثلث الشرف
2 الصمام الرئوي
3 الصمام الأبهر
4 الصمام التاجي

دخول الدم



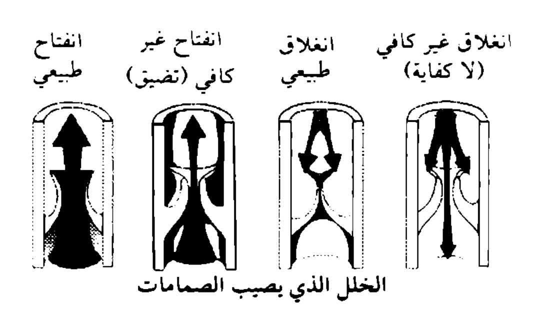
الصمامان 1 و 4 مفتوحان يمر الدم إلى القلب من أنسجة الجسم والرئتين.

خروج الدم



الصمامان 1 و 3 مفتوحان يُضخ الدم من القلب إلى الرئتين وأنسجة الجسم.

انغلاق غير كافي (لا كفاية) — انغلاق طبيعي — انفتاح غير كافي (تضيق) — انفتاح طبيعي



الخلل الذي يصيب الصمامات

الحمى الرثوية (Rheumatic fever)

يبدأ المرض بإصابة في الحلق تُحدثها أنواع معينة من الجراثيم المكورة العقدية (Streptococcus bacteria) يتبعها مرض معمم، والعَرض الأساسي لها هو الحمى، والصداع، وتورمات مفصلية، وطفح جلدي مميز، وغالباً التهاب واضطراب في العديد من أنسجة الجسم. ويمكن لجميع أنسجة القلب أن تتضرر بما فيها التأمور (Pericardium) الذي هو عبارة عن محفظة غشائية تلف كامل عضلته. ولكن الإصابة تحدث غالباً في صمامات القلب (Heart valves) تحديداً، كما تؤدي الحمى الرثوية إلى تأذي المفاصل (Joints) والتهابها.

الأعراض: يبدأ المرض، غالباً، بالشعور بالتهاب في الحلق يميل للتراجع سريعاً، ومن ثم يبدأ الشعور بالتعب والحمى، بعد أسبوع إلى ستة أسابيع، وبعدها تظهر الأعراض على العضو أو الأعضاء التي تأثرت أكثر. ونادراً ما تظهر أعراض التهاب عضلة القلب بوضوح، أما التهاب المفاصل فيمكن ملاحظته بشكل أسهل، وهو يصيب عادة الركبتين والكاحلين، ومن الممكن أن ينتشر إلى الأصابع والمعصمين والكتفين، وتتضمن الأعراض، تورماً وإيلاماً

وسخونة واحمراراً وألماً شديداً في المفاصل المصابة. والعادة أن يصاب أكثر من مفصل حيث ينتقل التورم والألم من مفصل إلى آخر.

المضاعفات: قبل اكتشاف وتطبيق العلاج الوقائي للحمى الرثوية (في الماضي)، كان واحد، من بين كل أربعة أطفال ممن أصيبوا بهذا المرض الذين تتراوح أعمارهم ما بين الرابعة والثالثة عشر من العمر، معرضون لتكرار الحالة عندهم، ومنذ أن طبق العلاج الحديث بالبنسلين (Penicillin) ساعد ذلك كثيراً على تقليل أخطار المرض، ولكن حوالي (60%) من حالات الحمى الرثوية ما تزال تؤدي إلى إصابة صمامات القلب. وتعود شدة اضطرابات القلب غالباً إلى عدد هجمات الحمى الرثوية، وهناك احتمال قليل لحدوث قصور قلبي (راجع ص460) كنتيجة لهجمة قوية جداً.

من المعروف أنه عندما تنتهي هجمة الحمى الرثوية تزول أعراضها نهائياً وتشفى المفاصل والجلد تماماً، ولكن احتمال إصابة صمامات القلب تبقى ممكنة عند الشخص الذي عانى من عدة هجمات، وفي بعض الأحيان لا تظهر اضطرابات القلب هذه إلا بعد مرور عدة سنوات.

العلاج: بعدما يتأكد الطبيب من التشخيص سيقرر هو وحده، عدد الجرعات الدوائية التي سيأخذها المريض والفترة الزمنية التي يستغرقها العلاج.

التهاب الشغاف الخمجي (Infective endocarditis)

الشغاف هو البطانة التي تبطن عضلة القلب من الداخل، وتغطي صمامات القلب أيضاً. فإذا تأذى هذا الشغاف، كما هو الحال في اللاكفاية التاجية (ص 481) مثلاً، فإن الجراثيم أو الفطور تخمج أحياناً المنطقة المتأذية. وعندما تتكاثر هذه العوامل الخامجة في المنطقة المتأذية فإنها تزيد من أذيتها، وربما تنفصل مجموعات منها وتنتقل عبر جهاز الدوران إلى أجزاء أخرى من الجسم، كما يمكنها أن تشكل صمات (Emboli) (جمع صمة) قادرة على حصر (سد) شرايين صغيرة ومنع الدم من الوصول إلى الأنسجة التي تزودها تلك الشرايين بالدم (راجع الانصمام الشرياني ص 508)، إلا أن الصمّامات القلبية هي التي تتأذى بالمقام الأول بالتهاب الشغاف الجرثومي، وبعدما تتخرب الصمّامات تدريجياً بسبب تكاثر الجراثيم، فإن القلب يصبح عرضة للإصابة بالقصور (ص 460).

الأعراض: ليس هناك عَرَض واحد يدل على الإصابة بالتهاب شغاف القلب الجرثومي، وعادة ترتفع الحرارة، لكنها نادراً ما تتجاوز (39) درجة مئوية، وربما تحدث عرواءات مفاجئة (لاسيما عندما تشكل الجراثيم صمّامة)، وصُداع وآلام مفصلية، وتعب، وفقدان الشهية للطعام. فإذا تأثرت (أو تضررت) صمامات القلب، فإن بعض، أو كل، أعراض القصور القلبي ربما تظهر في النهاية، إضافة إلى الأعراض السابقة. وتعتمد الأعراض الأخرى على موقع الصمّامة، فقدتحدث تورمات مؤلمة في الأصابع، أو تكدمات صغيرة تحت الأظافر، وقد

تنحشر الصمات في الدماغ مما يسبب ضعفاً في أحد شقي الجسم، أو يسبب فقدان البصر (راجع هجمة الاقفار العابرة ص 291)، كما أن صمات التهاب شغاف القلب الجرثومي يمكن أن تنحشر في أي جزء من الجسم. على كل حال إن التهاب شغاف القلب نادر الحدوث، لاسيما للأطفال والشيوخ، وفي معظم الحالات يصيب الناس من عمر (15 ـ 60) سنة.

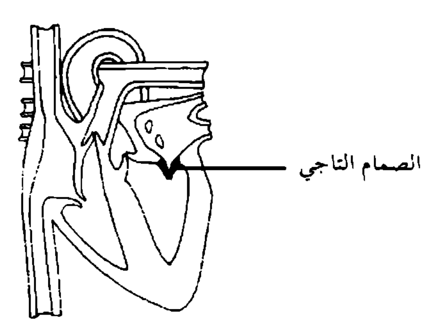
المضاعفات: يترافق ما يزيد عن (50%) من حالات التهاب شغاف القلب الجرثومي مع اضطراب قلبي ينجم عن الحمى الرثوية (البحث السابق)، وقد تكون اضطرابات القلب الولادية (الخلقية) (ص 880) من العوامل المهيئة لحدوث هذا المرض، وكذلك داء الزهري (ص 817)، واستبدال صمامات القلب (ص 484). وقد تصل الجراثيم إلى مجرى الدم أثناء العمليات الجراحية الصغرى، وقلع الأسنان، وبعض التدابير التشخيصية، ولكنها عوامل نادراً ما تسبب التهاب الشغاف، ويكون الخطر الأكبر عند إجراء جراحة كبرى للقلب. وعموماً يُعطى الأشخاص المعرضون لالتهاب شغاف القلب الجرثومي (وبشكل رئيسي أولئك المصابين سابقاً باضطراب قلبي) المضادات الحيوية مباشرة قبل إجراء جراحة عامة أو سنية، أو عندما يظهر لديهم دمامل أو أخماج أخرى جلدية. هذا الاحتياط يساعد على قتل الجراثيم التي يمكن، بدون هذا الاحتياط، أن تعبر مجرى الدم وتسبب التهاب الشغاف الجرثومي.

إذا لم يُكتشف التهاب الشغاف الجرثومي، ويعالج في غضون بضعة أسابيع من بداية الخمج، فقد يسبب أذية قلبية لا عكوسة، كما قد تسبب الصمّات أيضاً أذية دائمة في الدماغ أو غيره من أجزاء الجسم.

العلاج: لدى مراجعة الطبيب، وبعدما يتأكد من الإصابة ومن العامل المسبب لها، فإنه يصف مضاداً حيوياً مناسباً، فإذا تم تشخيص الحالة وتم علاجها بنجاح خلال ستة أسابيع من بداية الخمج، فإن فرصة الشفاء تبلغ (90%).

تضيق الصمام التاجي (Mitral stenosis)

يقع الصمام التاجي (Mitral valve) بين الأذين الأيسر (Left atrium) والبطين الأيسر (Left ventricle) (وهما الحجرتان اللتان تقعان في الناحية اليسرى من القلب). فإذا أصيب هذا الصمام بالتضيق لسببٍ من الأسباب، فإن الأذين الأيسر يضطر لبذل مزيد من الضغط والجهد حتى يتم دفع الدم عبر هذا الصمام المتضيق، وبالتدريج يزداد ضغط الدم داخل الأذين الأيسر، وبالتالي يتضخم، ثم ينتقل هذا الضغط رجوعاً عبر الأوردة الرئوية إلى الرئتين، وهي الأوردة التي تنقل الدم من الرئتين إلى القلب، مما يؤدي إلى حدوث



احتقان رئوي، وفي نفس الوقت، وبغية المحافظة على تدفق الدم عبر الرئتين بمعدل طبيعي. يتوجب على البطين الأيمن أن يقوم بضخ الدم بقوة متزايدة مما يؤدي إلى تضخمه.

الأعراض: العرض الرئيس للتضيق التاجي ضيق التنفس الناجم عن الاحتقان في الرئتين، ويظهر هذا بوضوح تام بعد بذل أي جهد عضلي، ولكن يمكن أن يظهر أيضاً أثناء النوم، أو الاستلقاء وقد ينفث المصاب مقادير قليلة من الدم مع السعال، وقد يصبح عرضة. باضطراد، للإصابة بالتهاب القصبات (ص 419)، وربما يصاب بألم في الصدر مشابه لألم الذبحة. كل ذلك يؤدي إلى حدوث ضغط عبر كامل جهاز الدوران، مما يجعل المصاب يعاني من تعب عام، وتورم في الكاحلين، وغيرهما من الأعراض التي تدل على قصور القلب الأيمن (ص 460)، فإذا حدث قصور قلب فإن الأعراض الصدرية تصبح عادةً أقل إزعاجاً لأن قصوره يخفف الضغط عن الرئتين.

إن حوالي (60%) من الناس الذين أصيبوا بالحمى الرثوية (ص 477) يظهرون لاحقاً. نوعاً من أمراض القلب، فحوالي 75% من هؤلاء الناس يصابون بدرجة من درجات التضيق التاجي، إلا أن عدد حالات الحمى الرثوية آخذ في التراجع في السنوات الأخيرة، لذلك فإن هذا الاضطراب أصبح أقل شيوعاً.

المضاعفات: ضيق التنفس والضعف العام يمكن أن يقعدا المصاب، لاسيما إذا كانت امرأةً حامل، أو شخصاً مصاباً بخمج صدري أو فرط نشاط الغدة الدرقية (ص 682). إلا أن الخطر الرئيس للتضيق التاجي هو حدوث الرجفان الأذيني (ص 471) مع ما يرافقه من اختلاطات قصور القلب أو تشكل صمة في وعاء دموي، وإن حوالي نصف المرضى المصابين بالتضيق التاجي يبدون في النهاية رجفاناً أذينياً كنتيجة لمرض القلب الرثوي وبعضهم سيصاب أيضاً بالصمَّات (Emboli).

العلاج: لدى مراجعة الطبيب، فإنه، يستطيع تشخيص التضيق التاجي من خلال الإصغاء لنفخة القلب، ولكنه قد يجد حاجة لإجراء مزيد من الاستقصاءات، كإجراء تصوير شعاعي للصدر، وتخطيط قلب كهربائي (ECG) وربما تخطيط القلب بالصدى (راجع التعاريف ص 9).

العلاج الذاتي: على المصاب بالتضيق التاجي أن يتعايش مع حالته، وإذا لم يشكُ من أعراض معقدة فإنه يستطيع أن يعيش حياة طبيعية دون أي علاج.

العلاج الاختصاصي: إذا كان ضيق النفس مزعجاً، فقد يصف الطبيب مدراً بولياً ليخفف من مقدار تجمع السوائل في الجسم، مما يؤدي إلى التبول عدة مرات كل يوم، وهذا يؤدي إلى نقص البوتاسيوم من الجسم، لذلك يصف الطبيب دواءً يزود المصاب بهذا العنصر الهام الذي يفقده باستمرار مع استعمال المدر. ولكي لا يستيقظ عدة مرات في الليل ليتبول فإنه من الأفضل

تناول الدواء المدر عند الصباح. وإذا ظهر عند المصاب رجفان أذيني (ص 471) فيمكن ضبطه عادة باستعمال عقاقير خاصة، كما قد توصف مضادات التجلط لاتقاء تشكل الصمّات.

إن كان تضيق الصمام التاجي شديداً بحيث يقيد الفعاليات اليومية، فقد يشير بإجراء عمل جراحي، وقد يكون ضرورياً أيضاً إجراء الجراحة للمرأة الحامل إذا ساءت حالتها. والعملية المعتادة تدعى بضع الصمام (Mitral valvotomy) ، وهي تشمل توسيع الصمام المتضيق. ومثل هذه العملية تنطوي على بعض الخطورة، وإذا كانت صحة المصاب العامة جيدة باستثناء التضيق فإن خطورة الموت نتيجة العملية تبلغ فقط (2%)، وعموماً فإن النتائج جيدة جداً. وغالباً لا تعاود الأعراض من جديد إلا بعد عدة سنوات، فإذا عادت فقد يتطلب الأمر تكرار العملية ثانية، أو قد يتوجب إجراء عملية استبدال الصمام المصاب بصمام اصطناعي، وإن حوالي (80%) من أولئك الذين أجريت لهم عملية استبدال الصمام قد عاشوا على الأقل لفترة خمس سنوات (اقرأ استبدال الصمام لاحقاً).

لاكفاية الصمام التاجي (Mitral incompetence)

تحدث لاكفاية الصمام التاجي عندما لا ينغلق صمام القلب التاجي (Mitral valve) بشكل كامل، مما يسبب عودة قسم من الدم من البطين الأيسر إلى الأذين الأيسر مع كل نبضة، فيضطر القلب إلى بذل مزيد من الجهد لتعويض هذا النقص مما يؤدي لضخامة جداره العضلي لكي يتواءم مع الجهد القلبي المتزايد.

الحمى الرثوية (ص 477) هي العامل المسؤول عادة عن هذا الاضطراب، إلا أن لا كفاية الصمام التاجي قد تتواجد منذ الولادة (راجع اضطرابات القلب الولادية ص 880) أو قد تنجم عن نمط آخر من اضطراب العضلة القلبية.

الأعراض: غالباً، لا يوجد أعراض، لكن لا كفاية الصمام التاجي قد تؤدي إلى ضيق النَفَس، والتعب، وغير ذلك من أعراض قصور القلب الاحتقاني (ص 460). وفي المراحل المتقدمة من المرض ربما يحدث صعوبة في البلع إذا كان جدار الأذين الأيسر متضخماً بحيث يضغط على المريء (Esophagus) .

يمكن أن تكون لا كفاية الصمام التاجي دائمة، إذا كان الصمام نفسه معطوباً، أو مؤقتة كما في بعض حالات الحمى الرثوية، ولكن نظراً لتناقص حدوث الحمى الرثوية في السنوات الأخيرة فإن اللاكفاية التاجية أصبحت أقل شيوعاً عما كانت عليه.

المضاعفات: تتشابه المضاعفات هنا مع مضاعفات التضيق التاجي، لكن المصاب باللاكفاية التاجية دون التضيق التاجي يكون أقل عرضة للإصابة بالرجفان الأذيني (ص 471) من أولئك المصابين بكلا الاضطرابين (تضيق ولا كفاية). ومن الاختلاطات المتكررة للاكفاية التاجية، حدوث التهاب شغاف القلب الخمجي (ص 478).

العلاج: الاستقصاءات التشخيصية هنا مشابهة لحالة التضيق التاجي (البحث السابق) وعادة لا حاجة للمعالجة إذا كانت الإصابة بدون أعراض. وفي حالة الإصابة باللاكفاية التاجية يجب البدء بأخذ المضادات الحيوية قبل إجراء أي قلع سني أو أي نوع من أنواع الجراحة، وذلك للوقاية ضد خطر التهاب الشغاف الخمجي.

المعالجة الطبية للاكفاية التاجية مشابهة كثيراً لمعالجة التضيق التاجي (البحث السابق)، وإذا كانت الأعراض شديدة، فإن الطبيب قد ينصح بإجراء عمل جراحي بهدف استبدال الصمام المعطوب بصمام اصطناعي.

هناك طريقتان لاستبدال الصمام، فإما أن يتم استبداله بصمام ميكانيكي اصطناعي أو بتشكيل صمام من نسيج طعمي (تطعيم) (Grafted tissue)، والجراح سيقرر أيهما أفضل. فالصمامات الميكانيكية جيدة ولكنها ربما تسبب تجلط الدم في (5 ـ 10%) من الحالات. فإذا تم وضع صمام ميكانيكي لك فقد تحتاج لتناول عقار مضاد للتجلط تحسباً من هذا الاختلاط، مع ملاحظة أن مضادات التجلط ليست ملائمة لأي شخص مصاب (فالمصاب بالقرحة الهضمية مثلاً معرض للنزف عند استعمالها). أما الصمامات ذات الطعم النسيجي فتنطوي على خطورة أقل بكثير من ناحية التجلط، ولكنها أقل ديمومة.

إذا أصيب المرء، وفي أي وقت من الأوقات بعد إجراء عملية استبدال صمام، بالإغماء، أو باللهاث، أو بالدوخة، أو إذا كان بوله داكناً أكثر من المعتاد، أو إذا بدأ صدره يؤلمه يراجع الطبيب بأسرع ما يمكن، فإن أي من هذه الأعراض قد يشير إلى وجود قصور ميكانيكي في الصمام البديل.

تضيق الصمام الأبهري (Aortic stenosis)

يقع الصمّام الأبهري (Aortic valve) بين البطين الأيسر (Left ventricle) والشريان الأبهر (Aorta)، وهو الشريان الذي يضخ عبره البطينُ الأيسر الدمَ إلى جميع أنحاء الجسم، فإذ أصيب هذا الصمام بالتضيق، فإن مقدار الدم الذي يستطيع القلب ضخه عبر هذا الصمّام يقل. فيحاول القلب دفع مزيد من الدم عبر الصمّام المتضيق باذلاً جهداً إضافياً، مما يؤدي، مع مرور الوقت، إلى سماكة الجدار العضلي للبطين الأيسر، وهذا يجعله بحاجة ماسة إلى مزيد من الدم لكي يحصل على كفايته من الأكسجين والغذيات اللازمة له مع هذا المستوى من الجهد.

الأعراض: عادة، لا توجد أعراض في بداية الإصابة، لكن بعدما تتقدم الحالة يشعر المصاب بضيق النَفَس بعد بذله لأي جهد عضلي، وقد يعاني من الذبحة (ص 453)، ونُوَب دوخة، وربما إغماءات مع بذل أي جهد، وفي النهاية فإن الأعراض يمكن أن تصبح أعراض قصور القلب الأيسر.

الصمام الأبهري

غالباً ما تشكل الحمى الرثوية السبب الأهم في التضيق الأبهري، الذي يترافق مع اضطرابات صمّامية أخرى، حيث يتأذى الصمّام الأبهري لدى حوالي (40%) من الناس الذين يصابون باضطراب في صمّامات القلب بعد هجمة حمى رثوية. وإذا كانت الإصابة محصورة فقط بهذا الاضطراب دون إصابة سابقة بالحمى الرثوية، وبدون أية إصابات صمّامية أخرى، فالمرجح أنها موجودة منذ الولادة، (راجع التضيق الأبهري الولادي ص 880). ولسبب مجهول، يتواتر حدوث الإصابة بالتضيق الأبهري لدى الرجال ثلاثة أضعاف حدوثه لدى النساء.

المضاعفات: يؤدي نقص إمداد الجسم بالدم إلى نقص الأكسجين، وهذا يحدث في أنسجة الجسم بما فيها في عضلة القلب مما يسبب حدوث رجفان بطيني وتوقف القلب أحياناً (ص 470).

العلاج: لدى مراجعة الطبيب فإنه يفحص القلب بدقة وقد يطلب إجراء فحوصات تشخيصية أخرى مثل تصوير الصدر شعاعياً لمعرفة فيما إذا كان القلب متوسعاً أم لا، وإجراء مخطط قلب كهربائي ((Electrocardiogram (ECG)) الذي يساعد في معرفة مدى ضخامة القلب إذا كان متضخماً، وفحص بالأمواج فوق الصوتية (Ultrasound) وقثطرة القلب (Cardiac catheterization) وتصوير الشرايين الإكليلية (Coronary arteriography) وكلها استقصاءات تساعد على التشخيص الدقيق (راجع التعاريف ص 9).

العلاج الذاتي: على المصاب بدرجة خفيفة من التضيق الأبهري، أن يتجنب النشاطات المجهدة (فقط)، وأن يبذل نشاطاً معتدلاً أو خفيفاً. ويمكن ممارسة الجنس بأمان ولكن باعتدال، وتناول المضادات الحيوية قبل إجراء أي عمل جراحي مهما كان بسيطاً، أو



القسطرة تجتاز الأبهر

القسطرة في البطين الأيسر

يمكن تأكيد وجود التضيق الأبهري بإجراء قثطرة القلب. يتم إدخال قثطار ذي أداة ألكترونية لقياس الضغط على امتداد شريان نحو القلب. ويقوم هذا القثطار بقياس الضغط في البطين الأيسر والأبهر

إجراء قلع سني، وذلك بغية حمايته من خطر التهاب الشغاف الخمجي (ص 478)، والحرص على فحص القلب مرة واحدة في كل سنة (على الأقل) للمراقبة والاطمئنان.

العلاج الاختصاصي: المعالجة الوحيدة لتضيق الصمام الشديد هي الجراحة، والشكل الأكثر شيوعاً هو استبدال الصمّام المعطوب. إن الشقوق الجراحية الواجب إجراؤها ومخاطر العمل الجراحي المحتملة وتوقعات الشفاء كلها مماثلة لبقية اضطرابات الصمّامات القلبية.

لا كفاية الصمام الأبهري (Aortic incompetence)

يقع الصمّام الأبهري بين الشريان الأبهر والبطين الأيسر، فإذا كان هذا الصمّام لا ينغلق بشكل كامل فإن هذه الحالة تتطور إلى لا كفاية الصمام الأبهري. والأبهر هو الشريان الذي يضخ عبره البطينُ الأيسر الدمَ إلى أنحاء الجسم. فإذا كان الصمّام لا ينغلق بشكل مناسب فإن الدم يتسرب راجعاً إلى البطين الأيسر بين كل نبضتين. إن السبب الأرجح لحدوث هذا الاضطراب هو الإصابة بالحمى الرثوية (ص 477)، أو بداء الزهري (ص 817) (يسبب ذلك حالياً فقط حوالي 1% من مجموع الحالات)، أو أحياناً بسبب تمزق جزء من الصمّام بسبب الإصابة بالتهاب الشغاف الخمجي (ص 478).

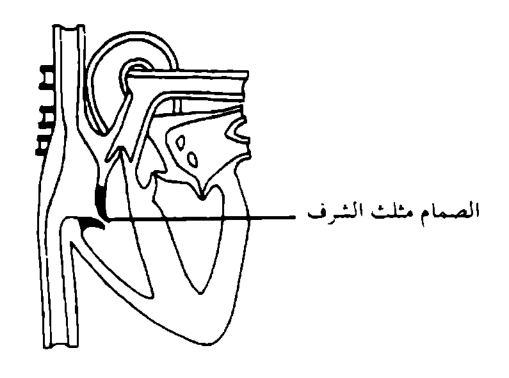
إن لا كفاية الصمام الأبهري الشديدة تؤدي إلى توسع وتثخن جدران البطين الأيسر بسبب الجهد الزائد الذي يقع عليه أثناء ضخه الدم إلى أنحاء الجسم.

الأعراض: غالباً، تحدث هذه الحالة وتستمر لعدة سنوات دون ظهور أية أعراض، ولكن الأعراض تتطور سريعاً إذا تمزق الصمّام. والعرض الرئيسي هو (قصر النفس)، والذبحة (ص 453) وجميع أعراض قصور القلب الاحتقاني (ص 460)، وإذا تُرك المرض بدون معالجة فإن ذلك يمكن أن يؤدي إلى قصور القلب (ص 460).

العلاج: في حالة الشك بوجود أياً من أعراض لا كفاية الصمام الأبهري، يراجع الطبيب. إن الفحص والاختبارات التشخيصية مماثلة لتلك التي تجرى لتشخيص الاضطرابات الصمّامية الأخرى، والمعالجة هي نفسها كما في معالجة التضيق الأبهري (البحث السابق).

تضيق ولا كفاية الصمام مثلث الشرف (Tricuspid stenosis and incompetence)

يشمل هذان الاضطرابان تضيق وتدلي الصمّام مثلث الشرف في القلب، ويحصلان عموماً فقط بالترافق مع مرض صمامي آخر ناجم عن الحمى الرثوية (ص 477)، وهما مسؤولان عن أقل من (5%) من جميع أمراض القلب الصمّامية، وهما أكثر شيوعاً لدى النساء من الرجال.



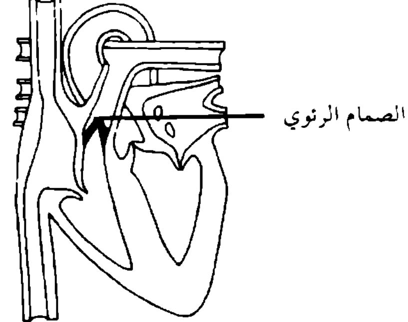
الأعراض: الأعراض مشابهة كثيراً لأعراض قصور القلب الاحتقاني (ص 460).

المضاعفات: قد تسوء أعراض قصور القلب تدريجياً لدرجة تقعد المصاب. وكما يصح الأمر مع جميع الأمراض الصمّامية فإن تضيق الصمّام مثلث الشرف ولا كفايته يؤهبان لإمكانية إصابة شغاف القلب بالخمج (ص 478).

العلاج: لا حاجة لمعالجة الحالات الخفيفة، وإذا ثبت ضرورة المعالجة، فهي مماثلة لمعالجة تضيق الصمام التاجي (ص 479)، باستثناء أن بضع الصمام أو توسيع لمعته نادراً ما تنجح، وقد تكون عملية استبدال الصمام ضرورية.

تضيق ولا كفاية الصمام الرئوي (Pulmonary stenosis and incompetence)

اضطرابات الصمّام الرئوي والتي تنجم عادة عن الحمى الرئوية (ص 477)، نادرة الحدوث، وتشكل فقط حوالي (2%) من جميع حالات اضطرابات القلب الصمّامية الناجمة عن هذه الحمى، والاعراض والاختبارات التشخيصية مماثلة لبقية المشكلات الصمّامية.



تضيق ولا كفاية الصمام الرئوي قد يكتشفان في سياق فحص روتيني، وإذا كان الصمّام الرئوي متأذياً بشدة، فقد ينصح الطبيب بإجراء عملية استبدال الصمّام (راجع استبدال الصمام في الصفحة التالية).

يمكن أن يحدث تضيق الصمام الرئوي أيضاً كمرض ولادي خلقي (ص 880).

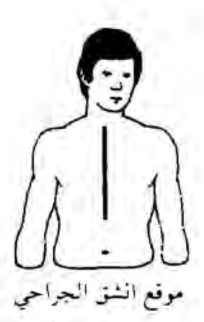
استبدال صمام القلب



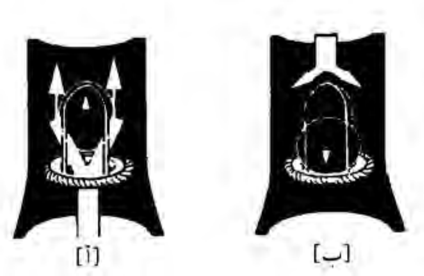
إن عملية استبدال صمامات القلب المعطوبة بصمامات مصنوعة من مواد معدنية لدائنية أو بصمامات طعمية من أنسجة الجسم تجري عندما تصبح صمامات القلب عاجزة عن الاستمرار في أداء عملها.

وأثناء العملية، يتم الدوران والتنفس بواسطة جهاز قلب رئة. ويجري شق سواء على امتداد عظم القص أو على امتداد الضلع السفلي في الجنب الأيسر من الصدر. ثم تتم مباعدة الأضلاع فينكشف القلب... ويتم استئصال أية صمامات معطوبة. ثم توضع الصمامات الجديدة في أماكنها وتخاط بالنسج المجاورة بواسطة غرسات تنحل ذاتياً. تستغرق هذه العملية ساعتين إلى أربع ساعات بشكل عام.

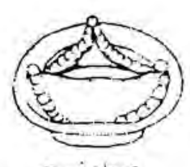
وبعد العملية يوضع المريض لمدة أسبوع في وحدة العناية المشددة، ويتم وضع أنبوب نزح أو أنبوبين في أسفل الشق الجراحي. ويتنفس الأكسجين عبر أنبوب يمر في المنخر، وقد يحتاج لمساعدة جهاز تنفسي، كما يتم إفراغ المثانة بواسطة قثطرة، ويعطى السوائل والدم عبر التنقيط الوريدي، كما تتم مراقبة قلبه باستمرار بواسطة آلة تخطيط القلب كهربائياً.

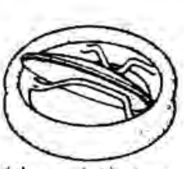

موقع الشق الجراحي

قد يستغرق الوصول إلى الشفاء عدة أشهر، فإذا تم تركيب صمام صنعي، فإنه يتوجب تناول عقاقير مانعة للتجلط مدى الحياة. وربما يسمع المصاب صوت طقطقة الصمامات الصنعية في قلبه، وهو أمر طبيعي تماماً.


[أ] [ب]

بوجود صمام الكرة والجرن يمكن للدم أن يمر في اتجاه واحد بدفع الكرة بعيداً عن الحلقة داخل الجرن [أ]. وعندما يبدأ الدم بالتدفق بالاتجاه المعاكس فإنه يدفع الكرة بقوة باتجاه الحلقة فيغلق الصمام كلياً [ب].


صمام نسيجي


صمام (شيلي بيورك)


صمام الكرة والجرن

يمكن أن تصنع صمامات القلب التعويضية من مواد صنعية أو من نسيج طعمي (نسيج طبيعي من جسم المصاب نفسه). يصنع صمام الكرة والجرن وصمام شيلي بيورك من مواد معدنية ولدائنية، في حين أن الصمام النسيجي يطعّم من أوتار الجسم العضلية.

- 4 -

عضلة القلب والشغاف (Heart muscle and pericardium)

تتألف جدران القلب من عضلة تتقلص دورياً بمعدل (100,000) مئة ألف مرة كل يوم. فإذا مرضت هذه العضلة فإن قوة نبض القلب تتناقص، مما ينعكس على دوران الدم. هناك أشكال عديدة لاضطراب عضلة القلب تعرف باسم «اعتلالات عضلة القلب» (Cardiomyopathy) . فالألياف الدقيقة للعضلة قد تضعف بسبب تبدل كيميائي داخلي، وفي بعض الحالات يقتصر المرض على القلب، وفي حالات أخرى يكون القلب واحداً من مجموعة أعضاء مريضة.

إن اعتلالات عضلة القلب أقل مشاهدة من بقية أنماط أمراض القلب، والأنواع الثلاثة الأكثر شيوعاً لهذه الاعتلالات سيتم دراستها في هذا الفصل، إضافة لدراسة اعتلالين آخرين يصيبان التأمور.

التهاب عضلة القلب (Myocarditis)

تلتهب عضلة القلب كاختلاط نادر لأحد الأمراض الخمجية العديدة. وفي الإصابات معتدلة الشدة يكون العرض الوحيد هو حدوث ألم صدري خفيف، ولهاث، وتسرع نبض. أما في الحالات الشديدة، مثل تلك الناجمة عن الخناق (ص 935)، فقد يفضي التهاب عضلة القلب إلى قصور القلب (ص 460) وبالتالي الموت.

إذا اشتبه الطبيب أثناء معالجته لأحد المرضى بأنه مصاب بالتهاب عضلة القلب، فقد يحتاج، بغية تأكيد التشخيص، لإجراء صورة شعاعية للصدر ومخطط قلب كهربائي وتفريس بالأمواج فوق الصوتية، وأخذ خزعة (Biopsy) من نسيج القلب وفحصها (راجع التعاريف ص9).

الهدف الرئيسي للمعالجة هو معالجة وشفاء الخمج الكامن، وقد تُسرِّع المعالجة بالمضادات الحيوية الشفاء، وفي نفس الوقت ينصح بالاستراحة المطلقة في السرير.

اعتلال عضلة القلب الغذائي (Nutritional cardiomyopathy)

قد تتأذى عضلة القلب، مثل أي عضلة أخرى، بنقص الفيتامينات أو المعادن أو بالانسمامات، والشكل الأشيع لمثل هذا الاعتلال العضلي الغذائي في المجتمعات الغربية يحدث بين مدمني الخمور (راجع إدمان الكحول ص 349). لذلك يعزو أخصائيو القلب هذه الأذية إلى شرب الكحول مباشرة أو إلى الافتقار لفيتامين (B1) الذي يميز طعام المدمن.

يمكن أن يحدث اعتلال عضلة القلب الغذائي أيضاً لغير الكحوليين بسبب عوز الفيتامين (B1) ، أو نقص البوتاسيوم في الدم وهو حالة خطيرة جداً قد تحدث عند المصابين بإسهال دائم أو المعالجين لفترة طويلة بالمدرات البولية.

تتباين أعراض اعتلال عضلة القلب الغذائي تبايناً واسعاً. فقد تحدث خفقانات أو تزايد

نبضات القلب وتورم اليدين والفخذين. ونظراً إلى أن الأذية قد تسبب اضطرابات مثل الرجفان الأذيني (ص 471) أو حتى قصور قلب (ص 460)، فقد تحدث أيضاً أعراض تلك الاضطرابات.

يتم علاج هذه الإصابة بالامتناع عن شرب الكحول، إذا كان ذلك هو سبب المشكلة، وكذلك تعالج الأسباب الكامنة حسب الحالة.

اعتلال عضلة القلب الضخامي (Hypertrophic cardiomyopathy)

إذا وجد، ولسبب ما، خلايا معيبة في عضلة القلب، فإن جدرانه قد تصبح أسمك (أكثر ثخانة) في محاولة منها للتعويض عن ضعفها. وفي حالات الضعف الشديد، فإن جدران القلب المتضخمة قد تعيق تدفق الدم منه وإليه.

تتضمن الأعراض: التعب، وألم الصدر، وضيق النفس، والخفقان، فإذا كنت مصاباً بأي من هذه الأعراض فراجع طبيبك الذي قد يطلب منك إجراء اختبارات تشخيصية مثل صورة شعاعية للصدر وتخطيط القلب الكهربائي (ECG) وربما أخذ خزعة (Biopsy)، (راجع التعاريف ص9).

لا يوجد معالجة لهذا المرض، ولكن ربما يمكن تخفيف الأعراض باستعمال بعض العقاقير المساعدة على تنظيم عمل القلب، وتناول المدرات التي تساعد الجسم على التخلص من السوائل الزائدة. وتجرى عمليات زرع قلب لعدد قليل من المرضى المعرضين لخطر الموت بسبب قصور القلب.

التهاب التامور الحاد (Acute pericarditis)

التأمور هو كيس غشائي يحيط بالقلب، فإذا حدث التهاب في هذا الغشاء، فإنه من الممكن أن يتجمع سائل في الحيز الواقع بينه وبين سطح القلب. وهذه الحالة التي تعرف بالانصباب التأموري (Pericardial effusion) قد تسبب مزيداً من المضاعفات. فإذا كان الالتهاب حاداً فسيعاني المصاب من هجمة ألم صدر شديدة ومفاجئة خلف عظم القص. ينجم مثل هذا الالتهاب الحاد عادة عن خمج فيروسي، أو قد ينجم عن الحمى الرثوية (ص 477). وفي حالات نادرة يمكن أن يتلو هجمة قلبية (ص 456) أو أذية صدرية.

الأعراض: العرض الرئيسي لالتهاب التأمور الحاد هو الألم الذي يتمركز عادة في وسط الصدر أو ينتشر إلى الكتف الأيسر، وضيق نَفَس، وخلاف ألم الذبحة (ص 453) فالألم هنا يزداد سوءاً عند التنفس بعمق أو السعال أو لوي الجسم.

المضاعفات: هناك خطورة خفيفة في احتمال أن يتطور الانصباب سريعاً بما يكفي لحدوث ضغط خطير على القلب. ورغم أن التهاب التأمور عموماً ليس بالمرض الخطير بحد ذاته فقد يكون مرافقاً لمرض أشد خطورة.

العلاج: قد يكون ألم الصدر، لا سيما المترافق مع صعوبة في التنفس، عرضاً لعدة أمراض خطيرة، منها ذات الجنب (ص 429)، وذات الرئة (ص 427)، والانصمام الرئوي (ص 494) والهجمة القلبية (ص 456). فإذا كان الألم شديداً، ويدوم لأكثر من بضع دقائق، فيجب استشارة الطبيب وهو قد يطلب إجراء مزيد من الاستقصاءات التشخيصية مثل صورة صدر شعاعية وتخطيط قلب كهربائي (ECG) وفحوص دم (راجع التعاريف ص 9).

يزول التهاب التأمور الناجم عن خمج ڤيروسي عادة دون أية معالجة، حيث تتحسن الحالة خلال 10 ـ 15 يوماً، ولا يترك أية آثار مرضية. وفي حالات نادرة عندما يكون الالتهاب مرافقاً لهجمة قلبية مثلاً فقد يصف الطبيب دواءً ستيروئيدياً لتسريع الشفاء، وعندما يكون المرض ناجماً عن اضطراب استقلابي أو في النسيج الضام، فيجب معالجة السبب الكامن، وربما يجد الطبيب حاجة لسحب قليل من السائل المتجمع في جوف التأمور لإجراء بعض الفحوص عليه، ويتم ذلك بواسطة إبرة يدخلها عبر جدار الصدر إلى جوف التأمور.

التهاب التامور العاصر (Constrictive pericarditis)

عندما يكون التهاب التأمور ناجماً عن خمج مزمن مثل التدرن (ص 739) (وهي حالات قليلة المشاهدة الآن) فإن سير المرض يختلف جداً عن سير التهاب التأمور الحاد (البحث السابق). فالالتهاب المديد قد يؤدي لتثخن وتندب وانكماش التأمور بحيث يتقلص بشدة لدرجة يصبح فيها نبضان القلب مقيداً، وهذا ما يدعى التهاب التأمور العاصر.

الأعراض: العرض الرئيسي هو حدوث تورم في البطن والرجلين بسبب تراكم السوائل فيهما، وقد يظهر أيضاً أحد، أو كل، أعراض القصور القلبي (ص 460) نتيجة هذا الالتهاب. والواقع أنه بدون المعالجة الجراحية فإن حدوث قصور القلب أمر حتمي في نهاية المطاف، ويزداد شدة بمرور الوقت.

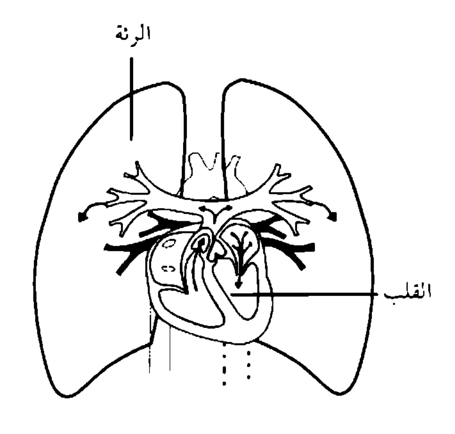
العلاج: إذا حدث أي من الأعراض التي تشير للإصابة بقصور قلبي يراجع الطبيب فوراً. قد تتضمن الاختبارات التشخيصية صورة شعاعية للصدر، ومخطط القلب الكهربائي (ECG) وربما المزيد من الدراسات والاستقصاءات. وقد ينصح الطبيب أيضاً بإجراء قثطرة قلبية (راجع التعاريف ص 9). وهذا نوع خاص من التصوير الشعاعي للحصول على تقييم مفصل لحالة القلب.

وبشكل عام، لا يمكن عمل الكثير في هذه الحالة، كما لا يوجد علاج نوعي فعال، ويمكن الشفاء بإجراء عمل جراحي اسمه استئصال التأمور حيث يُزال، جراحياً، التأمور المتثخن عن سطح القلب.

- 5 -

الدورة الدموية (Circulation)

يجول الدم عبر الجسم، في دورتين منفصلتين بدءاً من القلب وإليه. في الدورة الأقصر من هاتين الدورتين، (الدورة الصغرى) وتدعى الدورة الرئوية (Pulmonary ciruculation) ينطلق فيها الدم من البطين الأيمن عبر الشرايين الرئوية إلى الرئتين حيث يستبدل هذا الدم ما يحمله من غاز ثاني أوكسيد الكربون بأكسجين الهواء الموجود فيهما ويعود محملاً به عبر الأوردة الرئوية إلى الأذين الأيسر، ومنه إلى البطين الأيسر حيث يُضخ من جديد إلى أنحاء الجسم، وهنا تبدأ (الدورة الكبرى) أو ما يدعى الدوران الجهازي (Systemic circulation)، حيث ينطلق الدم من البطين الأيسر محملاً بالأكسجين عبر الشريان الأبهر وتفرعاته إلى كافة أنحاء الجسم، ويقوم بإمداد كافة النسج بالأكسجين والغذيات، ويعود محملاً بغاز ثاني أوكسيد الكربون (CO2)، عبر الوريد الأجوف السفلي والوريد الأجوف العلوي، إلى الأذين الأيمن ومنه إلى البطين الأيمن لتبدأ دورة صغرى جديدة.



إن للشرايين جدراناً عضلية متينة ومرنة وثخينة بحيث تستطيع تحمل الضغط الواقع عليها نتيجة ضغط ضخ الدم في كل مرة ينبض فيها القلب، وبحيث تمتص ذلك الضغط بمرونة تمكنها من أداء عملها على أفضل وجه، وهذه الشرايين لها أقطار وأحجام مختلفة تتناسب مع وظيفتها، فالشريان الأبهر (Aorta) الصادر عن القلب حاملاً الدم إلى جميع أنحاء الجسم هو أكبرها، إذ يبلغ قطره حوالي (3) سم، ثم يبدأ بالتفرع حتى ينتهي الأمر به إلى شعيرات دقيقة جداً (مجهرية) تسمح جدرانها المسامية بالتبادل بين الغذيات والأكسجين الموجودين في الدم مع الفضلات وثاني أوكسيد الكربون الموجودين في النسج، ثم تبدأ هذه الشعيرات الدقيقة بالاتحاد مع بعضها من جديد مشكلة الوريدات، وهذه تتحد مشكلة الأوردة المرنة ذات الجدران الطرية والتي يسير الدم عبرها إلى القلب ليتابع دورته من جديد.

إن حاجة الجسم للدم ليست ثابتة دائماً، فهي تختلف من حال إلى حال ومن عضو إلى عضو. فمثلاً تحتاج الأنسجة إلى كمية أكبر من الدم في حالة العمل وبذل الجهد، كما يحتاج الرحم في حالة الحمل لكميات أكبر بكثير من الدم من حاجته في حالة اللاحمل، وتحتاج المعدة لدم أكثر في حالة امتلائها بالطعام.

إن جهاز الدوران ليس ذلك الجهاز البسيط بل هو معقد بشكل كبير، وقد يفشل أحياناً في أدائه لعمله بسبب مشاكل في المضخة المركزية (القلب) أو بسبب اضطرابات في الأوعية الدموية، كحالة تصلب الشرايين مثلاً التي تجعله عاجزاً عن امتصاص ضغط الدم الناتج عن نبضان القلب المستمر ودفعه للدم إلى الشرايين دون توقف، وكحالة الجلطات وغيرها. وفيما يلي سندرس أهم تلك الاضطرابات.

تصلب الشرايين (Arteriosclerosis)

بتقدم العمر، تميل الشرايين للتصلب. وعلى الرغم من ذلك، ومن الفقدان التدريجي للمرونة في جدرانها فإن خطورة الحالة مرتبطة مباشرة بمدى الإصابة بالتصلب العصيدي (الترسبات الدهنية في الأوعية الدموية ص 444). فشيخوخة الشرايين والترسبات الدهنية تجعل الشرايين أكثر تضيقاً وأقل مرونة ومقاومة، وبالتدريج تفقد قدرتها على التمدد الكافي، وكلا هذين العاملين يسببان نقصاً في مقدار الدم الذي يستطيع المرور عبرها.

يصيب التصلب الشرياني أحياناً شرياناً كبيراً، ولكنه غالباً ما يصيب الشرايين الأصغر كالتي تحمل الدم إلى الدماغ والأطراف السفلى، وهذا يؤدي لتناقص خطير في إمداد الدم عبر الشريان المؤوف.

الأعراض: قد يسبب تصلب الشرايين، الذي يقلل من تدفق الدم إلى الأطراف السفلى، ألماً فيهما يصيب غالباً الربلتين يزداد أثناء العمل والحركة ويخف أثناء الراحة. وقد يحدث ألم في الأباخس (أصابع القدم)، يستمر أثناء الراحة، ويشتد ليلاً. وأفضل طريقة لتخفيفه، على الأقل في المراحل المبكرة، هو تدلية الساقين على حافة السرير، فهذا الإجراء يسبب تدفق المزيد من الدم إلى الأباخس ويزيل المشكلة مؤقتاً. وإذا أصيبت شرايين الدماغ بالتصلب فقد تحدث دوخة عند تحريك الرأس بطريقة معينة، أو تحدث هجمات فقد رؤية مؤقتة (راجع ص 291)، وهذا العرض هو عرض منذر على نحو خاص، والأخطر من ذلك هو تشكل جلطة دموية في وعاء دموي ما، وهذه ربما تسبب سكتة دماغية (ص 288)، ورغم أن كل شخص تقريباً مصاب بالتصلب الشرياني لدرجة ما فإن غالبية الناس غير مدركين لحالتهم.

المضاعفات: كما في التصلب العصيدي (ص 444)، فإن المضاعفات المرافقة للتصلب الشرياني تعتمد على الجزء المصاب من الجسم. ومن بين الاختلاطات الخطيرة المحتملة، هناك السكتة (ص 288)، وداء الشرايين الإكليلية (ص 447) والمُوات (ص 509)، وتشكل أم

دم (ص 496)، ويكون الخطر أكبر عند المدخنين. وتزداد الحالة سوءً مع تقدم العمر، ويبدو أن هذا المرض ذو تواتر أسري، ويرجح أن يكون تأثيره أخطر عند المصابين بفقر الدم (ص 514)، أو بالداء السكري (ص 671) أو بقصور قلبي (ص 460).

العلاج: تطبق تدابير العلاج الذاتي اللاحقة لإبطاء تطور التصلب الشرياني حتى ولو شعر المصاب بأنه على ما يرام. وفي حالة الظن بوجود أعراض التصلب الشرياني يراجع الطبيب.

العلاج الذاتي: تنطبق، عموماً، التعليمات الواردة في بحث التصلب العصيدي (ص 444) على حالة التصلب الشرياني، ومن المهم بشكل خاص ترك التدخين. وإذا كانت الساقان مصابتين فيجب إبقاؤهما دافئتين وجافتين قدر الإمكان. ولقد تبين أن إجراء تمارين رياضية يحسن دوران الدم وكفاءة العضلات لدى الأشخاص المصابين بألم في الساقين نتيجة التصلب الشرياني، إلا أن فوائد التمرين تدوم فقط طالما ثابر المصاب على إجرائها. وكذلك عند قص أظافر الأباخس يجب تجنب قص الجلد لأن وجود جرح مفتوح في الجزء المصاب من الجسم معرض بدرجة عالية للإصابة بالخمج، في حالة الإصابة بالتصلب الشرياني.

العلاج الاختصاصي: يستطيع الطبيب أن يساعد بمعالجة الحالات التي تزيد تأثيرات التصلب الشرياني سوءاً، مثل فقر الدم والداء السكري وقصور القلب... ومن بين الأدوية التي توصف أحياناً لمرض التصلب الشرياني هناك العقاقير الموسِّعة للأوعية الدموية والعقاقير المضادة لتجلط الدم.

إن لم تكن حالة تصلب الشرايين شديدة، فمن الممكن استئصال القطعة المتضيقة من الشريان المؤوف واستبدالها بأنبوب اصطناعي، أو بقطعة من وريد مأخوذة من جزء آخر من الجسم، لكن مثل هذه العمليات لا تزيل العوامل المحدثة لمزيد من التصلب الشرياني.

التوقعات بعيدة المدى: رغم أن التصلب الشرياني يزداد شدة مع التقدم بالعمر، فإن الأعراض، مثل الألم في الساقين، قد تصبح أقل إزعاجاً، وهذا يحصل بسبب قيام الجسم بالمعاوضة عن كمية الدم الناقصة التي تجري عبر بعض الشرايين، بتوسيع شرايين أخرى سليمة تغذي نفس الناحية. وإذا أكل المصاب بحكمة وامتنع عن التدخين وأجرى التمارين الرياضية بانتظام وباعتدال، فربما يؤخر أو حتى يتقي المضاعفات.

خُثار الأوردة العميقة (Deep-vein thrombosis)

الخُثار هو تشكل خَثْرَة (Thrombus) أو جلطة دموية (Blood clot)، تسد الوعاء الدموي جزئياً أو كلياً. فإذا حدث الخثار في وريد قرب سطح الجلد فإنه يسبب التهاب الوريد الخُثاري (ص 495)، أما إذا تشكلت الجلطات الدموية في وريد عميق فإن الحالة تدعى خُثار الأوردة العميقة، وهناك أسباب عديدة لخثار الأوردة العميقة. ورغم أن هذه الحالة تحصل، على الأكثر، في الساقين ومنطقة أسفل البطن، فإنها يمكن أن تحدث في أي مكان من الجسم، وهي

حالة نادرة الحدوث، تصيب خاصة المسنين ومفرطي الوزن، أو أي شخص يعاني من مرض دموي، مثل كثرة الكريات الحمراء (ص 532)، والنساء اللواتي يتناولن الأستروجين (Estrogen) ، سواءاً بشكل حبوب منع الحمل أو كمعالجة تالية للإياس. وغالباً ما تظهر هذه الحالة بعد فترات طويلة من الركود لاسيما في طور النقاهة من مرض ما، وهذا ناجم عن ميل الدم في بعض الأوقات للتدفق ببطء.



قد تصبح الساق بكاملها محمرةً بشدة، كما أنها تتورم أيضاً وتصبح مؤلمة في موقع الجلطة الدموية.

الأعراض: يجعل الخثار الناحية المصابة متورمة ومؤلمة بسبب انحباس الدم فيها، مما يرفع الضغط في الأوردة والشعيرات الدموية، فإذا حدث هذا الأمر في الساق فإن الوذمة تترك أثراً إذا ضغطت بإصبعك عليها، أما إذا كان الخثار في غير الساق، فقد لا تظهر أية أعراض إلى أن تنفصل قطعة من الخثرة وتدخل مجرى الدم وتسبب الانصمام (Embolism) (البحث التالي).

العلاج: لدى مراجعة الطبيب فإنه سيجري عدة فحوصات بما فيها تصوير أوردة شعاعي (Venography) وذلك بحقن صبغة في أحد الأوردة في القدم، ثم أخذ الصور الشعاعية بعد يوم من الحقن. ومن بين الاختبارات التي ربما تستعمل في حالات معينة يمكن إجراء تصوير بالأمواج فوق الصوتية (Ultrasound) ، واختبارات بالفيبرينوجن المشع (Radioactive Fibrinogen) ، كما يستعمل نظائر مشعة (Radioisotopes) لتفريس الرئتين للتحقق ما إذا حصل انتقال أي جلطات دموية عبر مجرى الدم إليها (راجع التعاريف ص 9).

العلاج الذاتي: على المرأة التي تجاوزت الـ (35) سنة من العمر وتتناول مانعات الحمل الفموية استبدالها بطرائق أخرى، إذ إن الأخطار المرافقة لاستعمال حبوب منع الحمل تزداد مع تقدم العمر، كذلك على المدخن أن يقلع عن التدخين نهائياً.

العلاج الاختصاصي: إن اعتقد الطبيب بأن مريضه عرضة لتجلط الأوردة العميقة، فقد يحقنه بحقنات من عقار مضاد للتجلط قبل وبعد إجراء أي عمل جراحي. وإذا كان مقعداً في الفراش فقد يتم تشجيعه على ثني ساقيه وتحريك أباخسه (أصابع قدميه)، وعطف كاحليه للمحافظة على دوران دمه فعالاً، وإذا كان راقداً دون حراك، ولفترة طويلة، فقد يتم رفع ساقيه ميكانيكياً ووضعهما داخل أكياس بلاستيكية تنفخ بالهواء ثم تفرغ منه بالتناوب، مما يساعد على إبقاء الدم جارياً في عروقه بشكل طبيعي.

إذا حصل خُثار الأوردة العميقة فعلياً، ولاسيما إذا هاجرت جلطات دموية إلى الرئتين، فقد تعالج بعقاقير حالة للفيبرين (Fibrinolytic) تقوم بتفتيت الجلطات، وبعقاقير مضادة للتجلط

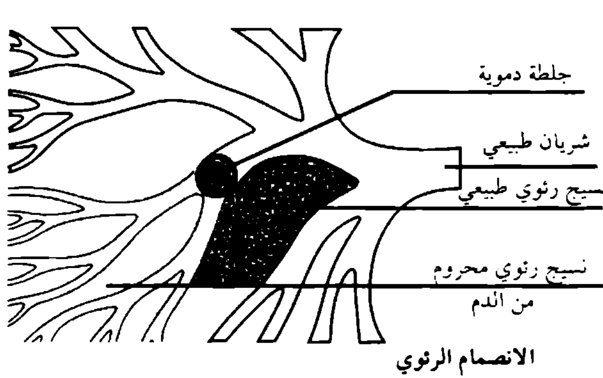
(Anticoagulants) تمنع تشكل المزيد من الجلطات. ولأن هذه العقاقير يمكن أن تسبب نزيفاً غير مرغوب فيه إذا تم استعمالها بشكل غير دقيق أو غير صحيح،لذلك يجب تناولها بالضبط. حسبما يصف الطبيب، وعادة يستمر هذا العلاج عدة أسابيع، كما قد يصف الطبيب مسكناً للألم ليخفف المعاناة الناتجة عن ذلك.

يمتص الجسم غالبية الجلطات تدريجياً، وربما تكون الجراحة أحياناً ضرورية لإزالتها. وإن الشفاء الدائم من خُثار الأوردة العميقة يتحقق بإزالة العوامل المهيئة للتخثر.

الانصمام الرئوي (Pulmonary embolism)

يحدث الانصمام الرئوي، غالباً، كاختلاط لخُثار الأوردة العميقة (البحث السابق). حيث تنفصل جلطة دموية من جدار وريد عميق وتدخل في مجرى الدم، فيحملها الدم وتمر في القلب عبر الشريان الرئوي لتستقر في الرئة. فإذا كانت هذه الجلطة كبيرة إلى حد ما، فقد تنحشر في شريان ما داخل الرئة حيث تمنع مرور بعض الدم، وهذا بدوره يؤدي لنقص في حجم الدم المؤكسج الطازج العائد إلى الجهة اليسرى من القلب، لذلك فإن أي انصمام رئوي من هذا القبيل يشكل حالة خطيرة.

وسطياً، حوالي (10%) من حالات الانصمامات تنتهي بالوفاة، وإن الأشخاص المقعدين في الفراش، في طور الشفاء بعد العمليات الجراحية، معرضون على نحو خاص لخطورة هذا الاضطراب. ويكون الانصمام الرئوي الواسع، وهو هجمة يحدث فيها انقطاع معظم الدم المتدفق إلى الرئتين، شديد الخطورة، وحيث تؤدي حالة واحدة من كل خمس حالات من الانصمام الواسع للوفاة.



الانصمام الرئوي

إن الصمامة يمكن أن تجد سبيلها إلى الرئتين فتحصر تدفق الدم.

الأعراض: تعتمد أعراض الانصمام الرئوي على حجم هذا الانصمام وموضعه في الرئتين، وبسبب عدم تمكن القلب وبقية أنحاء الجسم من الحصول على كامل حاجتهم من الأكسجين، تحدث عادة درجة ما من ضيق النفس وقد يشعر المصاب بالإغماء وبألم صدري. وقد يصاب بالسُعال ونفث الدم والزرقة حول الفم، وفي بعض الحالات يمكن أن يسبب الانصمام الرئوي الواسع قصوراً دورانياً والوفاة في غضون بضع دقائق.

المضاعفات: إن أي إحصار لتدفق الدم إلى الرئتين يمكن أن يفضي إلى قصور القلب الأيمن (ص 460)، وتزداد قابلية الإصابة بالإخماج الرئوية حتى بوجود انصمام رئوي صغير، وفي حالة الانصمام الرئوي الواسع قد يموت المصاب بسبب القصور الدوراني.

العلاج: إن أي شيء يهيء للإصابة بالخُثار الوريدي العميق قد يزيد أيضاً من إمكانيات الإصابة بالانصمام الرئوي. وفي حالة المعاناة من أي من هذين الاضطرابين وخاصة لمن هو نزيل الفراش يراجع الطبيب، وإذا حدث قصور دوراني، مع الشك بوجود انصمام رئوي واسع، فإن مهمة الطبيب الأولى هي إنقاذ حياة المصاب.

العلاج الذاتي: بغية اتقاء الانصمام الرئوي، تتبع النصائح الواردة في بحث تجلط الأوردة العميقة (البحث السابق).

العلاج الاختصاصي: يصف الطبيب مضادات التجلط (Anticoagulants) وعقاقير حالة للخثرات (Thrombolytics)، كما يساعد الهيبارين (Heparin)، وهو مضاد للتجلط، على اتقاء المزيد من تشكل الخثرات الدموية في الرئتين والأوردة، ويعطى هذا العقار حقناً بمعدل كل (4 ـ 6) ساعات، سواءً تحت الجلد أو غالباً مباشرة في الوريد. أما العقاقير الحالّة للخثرة مثل الستربتوكيناز (Streptokinase) فتساعد على تفتيت الخثرات الدموية في الرئتين.

إن استعمال الأدوية المضادة للتجلط والحالة للخثرات في وقت واحد يحمل خطورة حدوث نزف باطني، لاسيما إذا دعت الحاجة لإجراء عمل جراحي طارئ.

قد تدعو الحالة لمعالجة إسعافية إذا كان الانصمام شديداً، وربما تتضمن مثل هذه المعالجة إجراءً يدعى تدليك القلب (Cardiac massage) وإعطاء الأكسجين عبر قناع أو أنبوب، ومن ثم يزال الإحصار جراحياً.

التوقعات بعيدة المدى: إذا نجا المصاب في الأيام القليلة الأولى التي تلي الانصمام الرئوي الواسع، فلديه فرصة، جيدة للشفاء التام. كذلك فإن فرصته تكون أفضل إذا تم العثور على مصدر الصمّات، أو الجلطات الدموية الجائلة في مجرى الدم ومعالجته. أما الانصمام الرئوي الخفيف فقد يعطب جزءاً من الرئة، ولكنه يشفى غالباً شفاءً جيداً إذا تم اتقاء تشكل المزيد من الصمات، ولذلك قد يصف الطبيب عقاراً مضاداً للتجلط للمساعدة على اتقاء المزيد من الانصمامات.

التهاب الوريد الخُثاري (Thrombophlebitis)

يلتهب الوريد عادة بسبب خمج أو أذية أصابته مما يؤدي إلى حدوث تورم وخشونة في جدرانه، وهذا يؤدي بدوره إلى اضطراب دوران الدم فيه، وقد تتكون جلطات دموية تلتصق بجدرانه، وهذا الاضطراب يدعى التهاب الوريد الخُثاري، وهو يحصل عموماً في الأوردة السطحية للساقين.

يصيب هذا المرض غالباً الأشخاص المصابين بدوالي الساقين (ص 500)، أو الذين هم قيد معالجة طبية تتضمن ثقب الأوردَة المتكرر بالأبر والقثاطر، ورغم أن ذلك قد يكون ضرورياً أحياناً لأسباب علاجية تتعلق بمرض ما، فإنه ربما يسبب التهاب الوريد.

الأعراض: الأعراض الرئيسية لالتهاب الوريد الخُثاري هي الألم والاحمرار والإيلام والحكة وتورم يشبه الحبل القاسي على امتداد الوريد المصاب، وإذا ترافق الالتهاب مع وجود خمج ما في المنطقة فقد تحدث الحمى أيضاً.

المضاعفات: إذا أصيب الوريد الملتهب بالخمج ولم يعالج فقد يفضي إلى انسمام دموي (ص 519) وهناك أيضاً فرصة ضئيلة لانتقال الجلطات الدموية مع الدم وانحشارها في مكان ما من الجسم مثل وريد عميق (راجع خُثار الأوردة العميقة ـ ص 492)، والأرجح في الساق أو في أسفل البطن. وعلى كل حال هو نادراً ما يسبب الموت.

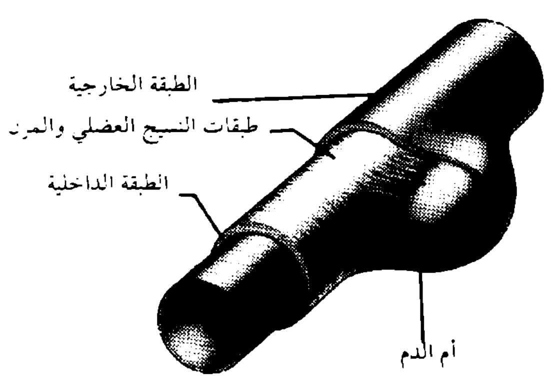
العلاج: إذا لم تترافق الإصابة بالتهاب الوريد الخُثاري، مع خمج شديد، فإن الالتهاب يتراجع، دون علاج، عادة في غضون أسبوع واحد أو نحوه.

العلاج الذاتي: لتخفيف الألم يمكن تناول الأسبرين (تحديداً)، ولتخفيف الحكة يمكن استعمال أحد أشكال المراهم الحاوية على أكسيد التوتياء (Zinc oxide) .

العلاج الاختصاصي: يمكن تخفيف الألم والالتهاب الناجمين عن التهاب الوريد الخُثاري بالمعالجة بأحد العقاقير المضادة للالتهاب اللاستيروئيدية (Non-steroidal anti-inflammatory) مثل الأندومتاسين (Indomethacin) ، وإذا كان هناك خمج فقد يصف الطبيب مضاداً حيوياً (Antibiotic) ، ويقترح على المصاب أن يرتاح في الفراش رافعاً ساقيه، وتطبق رفادات حارة وضاغطة، كما قد ينصح بتطبيق رباط مرن على الناحية المصابة. إن هذه المعالجة تؤدي غالباً إلى تراجع التهاب الوريد الخُثاري بشكل تام في غضون أسبوعين.

أمهات الدم (Aneurysms)

أم الدم هي توسع دائم في جزء من شريان يحدث بسبب ضعف في جداره، وهي قد تتشكل في أي شريان، إلا أنها تكون أشد إزعاجاً عندما تحدث في شرايين الدماغ، أو الأبهر (Aorta) ، وهو الشريان الرئيس الأكبر الذي يضخ القلبُ الدمَ عبره إلى جميع أنحاء الجسم. وهنالك أساساً ثلاثة أسباب لتعليل إمكانية حدوث أم دم في أحد الشرايين:

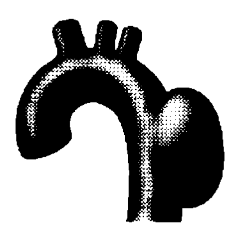


عندما يصاب قسم من جدار الشريان بعطب فإنه قد ينتفخ على شكل بالون.

1 ـ تتألف جدران الشرايين من ثلاثة طبقات نسيجية، وتمثل الطبقة العضلية الوسطى القوة الداعمة لها، لكن هذه الطبقة قد تكون معيبة خلقياً في نقطة ما منها، فيؤدي الضغط الدموي الطبيعي في الشريان الموؤف لتشكل وتوسع شبيه بالبالون (Ballon) في تلك النقطة الضعيفة يدعى أم الدم الكيسية (Saccular aneurysm) . وتتواجد أمهات الدم الناتجة عن عيوب خلقية، على الغالب في شرايين قاعدة الدماغ، وبسبب أشكال أمهات الدم هذه، فإنها تدعى أمهات الدم العنبية (Berry aneurysms).

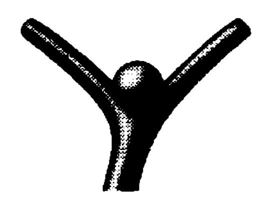
2 ـ إن التهاب الشرايين مهما كان سببه قد يضعف جدار الشريان الملتهب ويجعله مهيأ لحدوث أم دم فيه.

3 ـ قد يتنكس، ببطء، جزء من الطبقة الوسطى العضلية لجدار الشريان كنتيجة لحالة مزمنة مثل التصلب العصيدي (ص 444) أو ارتفاع الضغط الدموي (ص463). إن أم الدم الناجمة عن التصلب العصيدي يرجح أن تكون بشكل قطعة النقانق (Sausage-shaped) ولذلك تدعى بأم الدم المغزلية الشكل (Fusiform aneurysm) ، والتي تمتد لمسافة قصيرة من الشريان، وقد ينجم نمط مشابه لأم الدم هذه بسبب ارتفاع ضغط الدم. ومع ذلك فإن ارتفاع ضغط الدم في شريان ما يمكن أن يمطط جداره بعدة طرق، إذ يمكنه أن يشق طبقات جدار الشريان ويدفع بالدم فيما بينها، وهذا يدعى أم الدم المُسَلِّخَة (Dissecting aneurysm) .



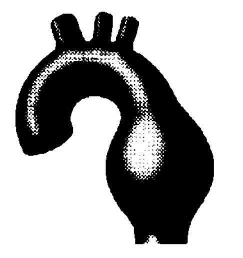
أم دم كيسية

تحدث عندما يتلف قسم من الطبقة الوسطى لجدار الشريان.



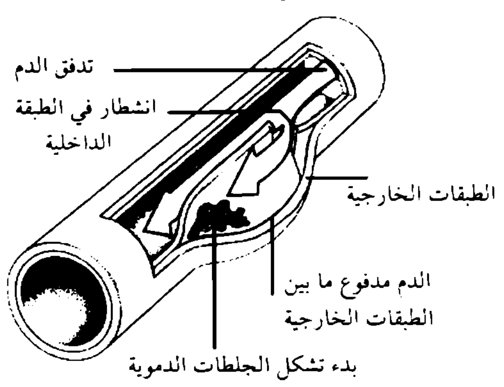
أم دم عنبية

تتشكل أمهات الدم من هذا النوع غالباً عند قاعدة الدماغ.



أم دم مغزلية

تحدث نتيجة ضعف شامل في جدار الشريان.



أمهات الدم المسلخة:

قد يسبب ارتفاع ضغط الدم انفصال طبقتي جدار الشريان عن بعضهما البعض، ومن ثم يندفع الدم في المسافة بين الطبقتين فيجعل الجدار الخارجي، يتورم، ويميل الدم المحبوس بينهما لتشكيل جلطة، يمكن في النهاية أن تملأ أم الدم وتسدها.

يمكن أن تسبب أمهات الدم اضطرابات شتى، فقد تتمزق وتؤدي إلى فقدان إمداد الدم إلى أنسجة معينة كانت تتغذى من هذا الشريان المتمزق، وتحدث نزفاً داخلياً في موقع أم الدم المتمزقة. كما قد تتوسع أم الدم توسعاً شديداً لدرجة أنها تضغط على الأعضاء المجاورة وتؤذيها، أو على الأعصاب أو الأوعية الدموية الأخرى، وربما تسبب اضطراب تدفق الدم لدرجة تتشكل معها جلطات خطيرة.

الأعراض: تختلف أعراض أم الدم وفقاً لنوع وحجم وموضع التوسع، فأمهات الدم الواقعة في قاعدة الدماغ (أمهات الدم العنبية) لا تسبب أعراضاً، عادة، إلى حين تمزقها. فيحدث صداع مفاجئ شديد في مؤخرة الرأس، أو حتى فقدان وعي، يكون بمثابة العلامة الأولى على هذا النوع من أم الدم (راجع النزف تحت العنكبوتية ـ ص 292).

أما أم الدم في الأبهر فإن أعراضها تعتمد على عاملين: (ما هو الجزء المصاب من الأبهر، وأي نوع من أم الدم هي). فالأعراض الأكثر شيوعاً لأم الدم المغزلية أو الكيسية في الأبهر الصدري، أي ذاك الجزء من الشريان الذي يجتاز الصدر، هي الألم الصدري، والبُحة. وصعوبة البلع، وسُعال معند لا تجدي في تركينه أدوية السُعال. وأعراض أم دم مُسَلِّخة في نفس المنطقة من الأبهر، قد تلتبس مع أعراض هجمة قلبية (ص 456)، وفي كلا الحالتين لا يمكن رؤية أوجس توسع الشريان على سطح الصدر من الخارج لأن الأبهر الصدري محصور داخل القفص الصدري.

أما أم الدم المغزلية أو الكيسية في الجزء البطني من الأبهر فيمكن الشعور بها بواسطة الجس ككتلة نابضة. وتشمل الأعراض الأخرى فقدان الشهية للطعام وفقدان الوزن. وإذا كانت أم الدم متوضعة باتجاه الصدر فقد تضغط على عظام العمود الفقري مسببة ألماً شديداً في الظهر. هذا وإن أمهات الدم المسلِّخة في الأبهر البطني نادرة نسبياً، وعندما تتواجد فإن عَرَضَها الرئيسي هو الألم البطني الشديد. وتندر أمهات الدم في أجزاء أخرى من الجسم وتكون عموماً ذات نتائج بسيطة.

المضاعفات: الخطر الرئيسي لأم الدم هو إمكانية تمزقها وإحداثها نزفاً دموياً، إذ تؤدي أم الدم المتمزقة لتدفق الدم إلى الأنسجة المحيطة بها، مما يسبب أذية موضعية خطيرة. وعلاوة على ذلك، فقد يصاب كامل جهاز الدوران بالقصور إذا أدى تسرب الدم إلى نقص شديد في حجم الدم الجائل، وما لم يتوفر عون طبي حاذق وسريع فإن أم الدم المتمزقة في الأبهر البطني ربما تؤدي إلى الموت. وحتى إذا لم تتمزق أم الدم المتواجدة في الأبهر، فإنها تسبب اضطراباً في تدفق الدم يمكن أن يسبب تشكل جلطة دموية مع كل ما يرافقها من مخاطر. إن الصمات (Embolis) أو أجزاء من الجلطة الدموية (Blood clot) والتي تنفصل عن الخثرة الدموية يمكن أن تحصر الشرايين الأصغر مثل تلك التي تمد الكليتين وغيرهما من الأعضاء بالدم، وهذا ربما

يفضي إلى مشكلات إضافية. كما أن اضطراب تدفق الدم في الأبهر يمكن أن يمطط الصمّام الأبهري في القلب ويسبب لا كفاية الصمام الأبهري (ص 484).

يموت أكثر من (40%) من الأشخاص المصابين بأم دم عنبية منفجرة.

يمكن أن تتشكل أحياناً أمهات دم في شرايين محيطية أبعد، مثل شرايين الذراعين والساقين ولكنها تكون في تلك المواقع أقل خطورة بشكل عام.

العلاج: لا يعلم المصاب بأم دم عنبية بوجودها إلا بعد انفجارها، ولا يستطيع الطبيب أن يشخص وجود أم دم قبل إجراء فحص دقيق وشامل. وبغية اكتشاف حجم ونوع وتوضع أم الدم، فقد يحتاج لإجراء تصوير شعاعي، وذلك بشكل رئيسي، لتعيين وتحديد موضع التصلب العصيدي الذي كان مسؤولاً ربماعن تشكل أم الدم، كما قد يتوجب إجراء تصوير شريان شعاعي (Arteriography) واختبارات فوق صوتية (Ultrasound) للمساعدة على تحديد نوع وموقع أم الدم.

العلاج الذاتي: إن أفضل السبل لتجنب أمهات الدم هي اتخاذ الخطوات للحيلولة دون حدوث، أو إبطاء، التصلب العصيدي (ص 444)، وأن يبقى ضغط الدم المرتفع تحت المراقبة (ص 463).

العلاج الاختصاصي: إن المعالجة المعتادة لأم الدم هي الجراحة، والعملية الجراحية صعبة وخطيرة، وعادة يأخذ الجرَّاح، بعين الاعتبار، موضع وحجم أم الدم وحالة بقية الشرايين قبل أن يوصي بالعمل الجراحي.

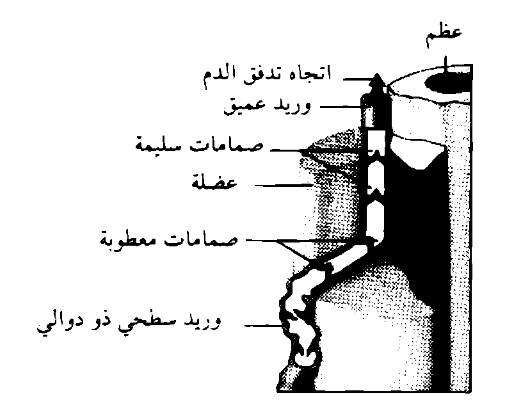
التوقعات بعيدة المدى: يموت، فوراً، حوالي (30%) من الأشخاص المصابين بأمهات دم متمزقة، ويموت حوالي (15%) منهم من نزف لاحق في غضون بضعة أسابيع. أما إذا أجريت عملية جراحية ناجحة واستمر المصاب حياً لفترة ستة أشهر بعد حدوث النزف الأول، فإنه يكون قد نجا على الأغلب.

بشكل عام تكون الجراحة مستحيلة لأمهات دم الأبهر الصدري، وفي مثل هذه الحالات تكون التوقعات بعيدة المدى سيّئة. وبالنسبة لأمهات الدم الصدرية التي يمكن إجراء عملية جراحية لها فهناك فرصة بحدود (80 ـ 90%) بالنجاة.

كثيراً ما تكون أمهات الدم البطنية مشكلة أقل خطورة بكثير، وعموماً فإنها تستدعي الاستئصال الجراحي إذا كانت كبيرة جداً، أو إذا وجد بأنها تتوسع، والتوقعات، سواء بالجراحة أو بدونها، جيدة في معظم أمهات الدم البطنية، وكذلك الحال بالنسبة لأمهات الدم في الشرايين المحيطية.

الدوالي (Varicose veins)

عندما تتوسع الأوردة وتصبح متعرجة فإنها تكون قد شكلت ما يعرف بالدوالي. ويحصل هذا التشوه الشكلي، المؤلم أحياناً، في أوردة الساقين، عادة، كنتيجة للإجهاد الواقع عليهما بسبب وضعية الوقوف. فالدم يعود عبر الأوردة من الساقين إلى القلب، وهذا يفرض على





وريد ذو دالية　　وريد طبيعي

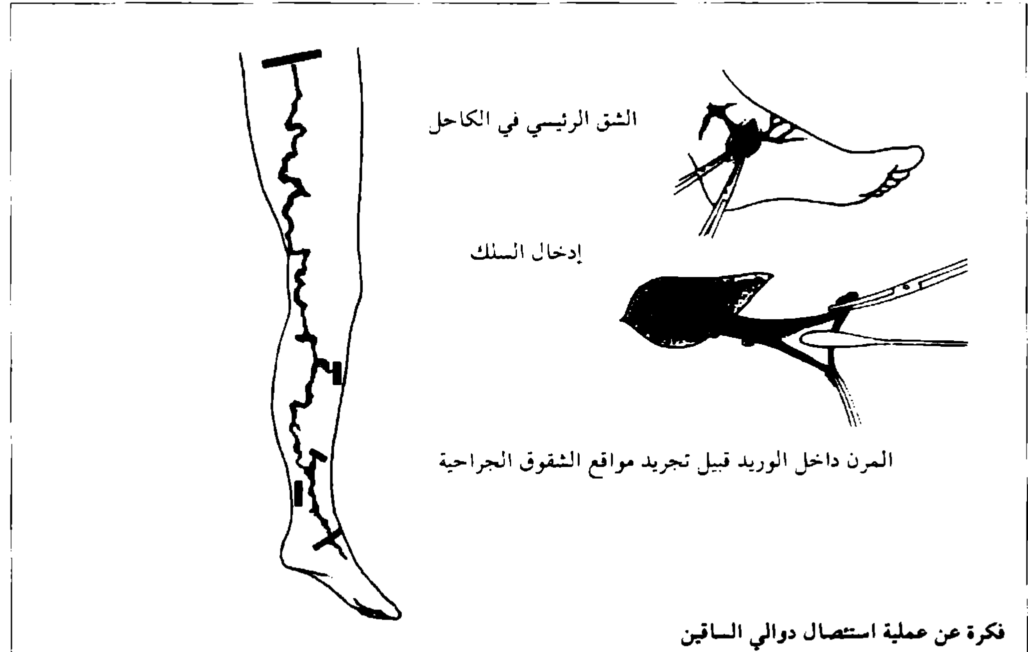
القلب أن يكون قوياً بما يكفي لدفع الدم في أوردة الساقين نحو الأعلى، ولكن القلب لا يتمكن من فعل ذلك في حالة الوقوف. كذلك يجب على عضلات الساقين أن تساعد في دفع الدم داخل الأوردة باتجاه الأعلى. في الأحوال العادية يتجمع الدم الوارد في أنسجة الساق في شبكة أوردة سطحية، أو في تلك الأوردة الواقعة على سطح العضلات، والتي تتصل بأوردة عميقة، أو تلك المنطمرة في العضلات، عبر ما يدعى الأوردة الثاقبة (Perforating veins) . عندما تسترخي العضلة، فإن الأوردة العميقة والثاقبة تتمدد فتجذب الدم من الأوردة السطحية وهي جميعها العميقة والثاقبة تحوي صمّامات وحيدة الاتجاه تمنع الدم من العودة نحو الأوردة السطحية. ولذلك فعندما تتقلص العضلة فإن الدم يُدفع صعوداً نحو القلب داخل الأوردة العميقة.

إذا لم تعمل صمّامات الأوردة الثاقبة، لسبب ما، بكفاءة، فإن قسماً من الدم يعود إلى الأوردة السطحية فيحدث فيها ضغطاً متزايداً يؤدي إلى تمددها وتعرجها، ولذلك تكون الدوالي مرئية غالباً لوقوعها تحت الجلد تماماً.

الأعراض: العرض المبكر، الأكثر شيوعاً، للدوالي هو منظر وريد متوسع، ذي لون أزرق، بارز في الساق يظهر بوضوح أثناء الوقوف. والموقع المعتاد بكثرة للدوالي هو إما في مؤخر الربلة أو صعوداً في باطن الفخذ، أو في أي مكان ما بين الكاحل والمغبن، كما يمكن أن تحصل الدوالي حول الشرج (راجع البواسير ص 611) أو في المهبل أثناء الحمل (ص 832).

ربما يزداد بروز دوالي الساقين باضطراد، وقد يصبح الوريد الموؤف مؤلماً باللمس، وربما تصبح الجلدة الواقعة على مسير هذا الوريد أو جلدة الكاحل حاكة (أو حاكة جداً) وربما تصبح كامل الرجل مؤلمة، وقد تتورم القدمان بعد فترة قصيرة من الوقوف، كما قد يضيق الحذاء على القدمين في آخر النهار، ويحدث تعب وألم شديدان بعد الوقوف الطويل، وتشتد كل هذه الأعراض عند بعض النساء قبل وأثناء الدورة الشهرية.

قد لا تسوء الأعراض إلى أكثر من هذا الحد، إلا أن بعض الأشخاص المصابين بدوالي شديدة يجدون أن الدوران الدموي المختل يسبب تصبغاً بنياً في الجلد، لاسيما قرب الكاحلين، وتعتبر الأكزيما (ص 263) المتشكلة في الجلدة القريبة من الدوالي عَرَضاً آخر ممكناً من أعراضها.



فكرة عن عملية استئصال دوالي الساقين

يمكن استئصال دوالي الساقين بواسطة عملية جراحية، ويتم تعويض عمل هذه الأوردة بالاعتماد على أوردة أخرى مجاورة.

تجري العملية تحت التبنيج العام حيث يتم إجراء عدة شقوق بطول (5) سم في أعلى الوجه الباطن للفخذ وعند الكاحل لكشف أجزاء من الوريد المصاب، كما تجرى أيضاً عدة شقوق صغيرة جداً في أسفل الساق حيث تدخل فروع من الوريد الرئيسي عميقاً في داخل الساق فيتم بتر هذه الفروع، ومن ثم تربط لمنعها من النزف. وبعد ذلك يدخل سلك مرن عند منطقة الكاحل وباتجاه الفخذ على امتداد الوريد الرئيسي، ويوصل خطاف إلى السلك عند نهايته العلوي، ثم يسحب السلك فيجذب الخطاف الوريد من تحت الجلد، ثم تضمد الساق بإحكام لاتقاء النزف، تستغرق هذه العملية عادة حوالي ثلاثين دقيقة لكل رجل.

بعد العملية تبقى الرجل مضمدة لعدة أسابيع، وسيتوجب لاحقاً، ارتداء ضمادات مرنة وربما يشار بضرورة السير لمسافة عدة كيلومترات كل يوم، والاسترخاء مع رفع القدمين دوماً.

المضاعفات: تكون الدوالي، عادة، مزعجة أكثر من كونها مُقعدة، ونادراً ما يكون لها نتائج خطيرة. فمثلاً إن تشارك قوة الجاذبية الأرضية مع قصور الصمّامات في الأوردة الثاقبة ربما يؤدي إلى نقص في إمداد أنسجة الجسم بالدم بحيث ينهار الجلد الذي لم يعد يحصل على كفايته من الدم وتتشكل عليه القرحات، وهذه القرحات (ص 274) لا تشفى طالما بقيت الأوردة الموافقة لها واقعة تحت تأثير الحالة. وهناك خطر، يتمثل في أنه إذا حدث جرح في النسيج الواقع فوق الوريد الموؤف والمتوسع فقد يسيل الدم غزيراً، وهذا الأمر يحتاج لرعاية طبية عاجلة. والخطر الأعظم للدوالي هو التهاب جدار الوريد إذ يميل الدم للتجلط على الجدار الملتهب والمخشوشن، وهذا يمكن أن يؤدي إلى التهاب الوريد الخثاري (ص 495).

العلاج: ينصح من يظن بأنه مؤهل للإصابة بالدوالي، لاسيما النساء الحوامل بإجراءات العلاج الذاتي اللاحقة. أما المصاب فعلاً بالدوالي، فإن تدابير العلاج الذاتي ستخفف أعراضه وتبطئ تقدم الحالة، ولكنها لن تشفيها، وفي حالة الانزعاج الشديد من الدوالي يراجع الطبيب حيث ربما تكون نصيحته بإزالتها جراحياً، ولن يحتاج الطبيب لإجراء فحوص واختبارات كثيرة لمعرفة الأوردة المعطوبة، بل يكتفي عادة بربط عاصبة مرنة على الرجل المصابة فتظهر له تلك الأوردة ذات الصمّامات التالفة بوضوح. أما إذا دعت الحاجة لمزيد من الاستقصاء فقد يتم مراقبة أداء أوردة الرجل من خلال التصوير الوريدي (Venography) أو التصوير الحراري (Thermography) . في الاستقصاء الأول يتم حقن مادة صباغية في الوريد المصاب، وتتم ملاحظة تقدم الصباغ عبر الدوران بأخذ صور شعاعية للرجل، أما في الاستقصاء الثاني فيتم تسجيل درجات حرارة مختلف أجزاء الرجل لتشكيل خارطة حرارية، والغاية من كلا الاستقصائين هي اكتشاف موقع الصمّامات الضعيفة بدقة.

العلاج الذاتي: تترك القدمين عاريتين بقدر ما يمكن، والجلوس مع رفع الرجلين عن الأرض، وإذا كانت الأعراض شديدة الإزعاج فعلى المصاب الاستلقاء أو الجلوس، مراراً، بقدر ما يتمكن من فعل ذلك، مع رفع الرجلين إلى أعلى من سوية الصدر، وهذا يضمن نزحاً جيداً من الكاحلين والقدمين، سؤال الطبيب عما إذا كانت هناك حاجة لارتداء جوارب مطاطية داعمة، ولبسهم يومياً قبل مغادرة الفراش، مع أن بعض المصابين يفضلون استعمال الأربطة المرنة بدلاً من الجوارب.

إذا حدثت أذية، وبدأ الدم بالتدفق من وريد موؤف، على المصاب أن يستلق رافعاً الساق المصابة وابقاءها مرفوعة، وفعل ذلك إينما كان حتى لو في مكان عام، فيتباطأ بذلك النزف مباشرة بعد أخذ هذه الوضعية، ويمكن السيطرة عليه بالضغط باعتدال على المنطقة النازفة بواسطة منديل نظيف، كما يتوجب مراجعة الطبيب أو المستشفى لتنظيف وتضميد الجرح. وإذا وجدت أية بقعة حاكة بشدة، بسبب الدوالي، فيجب عدم خدشها لأن ذلك يسبب تقرحاً فيها، وفي حالة الإصابة بقرحة أو أكزيما دوالية يراجع الطبيب.

العلاج الاختصاصي: ربما ينصح الطبيب باستعمال جوارب داعمة أو ضمادات مرنة لتخفيف تهيج الجلد، إلا أن المعالجة الأنجع للدوالي هي الجراحة، حيث يتم عادة استئصال الأوردة الموؤفة، وهذا الإجراء لا يترك نُدباً تُذكر، لأنه يمكن سحب قطعة كبيرة من الوريد من خلال شق صغير. أما الصمّامات الموؤفة في الأوردة الثاقبة فيتم ربطها بخيط خاص لإغلاقها بشكل دائم، وسرعان ما تتوسع الأوردة الصغيرة المتبقية لتقوم بوظيفة تجميع الدم وتوجيهه نحو الأوردة العميقة.

وكبديل عن الجراحة التقليدية، يمكن أن تعالج الدوالي أحياناً بحقن مقدار صغير من مادة مُصَلِّبَة داخل الأوردة المتوسعة، فتتوقف عن نقل الدم، وهذا الإجراء قليل التعقيد ولا يتطلب أكثر من تكرار الحقن مرتين أو ثلاثة مرات، ولكن هناك مآخذ عديدة على معالجة الحقن. مثلاً من غير المرجح أن ينجح الحقن إذا كانت أوردة الدوالي في الفخذ، ولذلك فإن كثيراً من الأطباء يوصي باستئصال الأوردة أولاً. فإذا حدثت انتكاسات طفيفة بمعاودة الشكوى لاحقاً يمكن عندئذٍ معالجة هذه الانتكاسات بسهولة نوعاً ما بواسطة الحقن.

وبعد إجراء أي من العلاجين، فإنه يتوجب ارتداء جوارب داعمة أو أربطة مرنة لحوالي ستة أسابيع، كما يتوجب السير بقدر الإمكان وتجنب الوقوف أو الجلوس والساقين متدليتين.

داء رينو (Raynaud's disease)

هو اضطراب في الدورة الدموية يظهر تأثيره بشكل واضح على أصابع اليدين، غالباً، وعلى أصابع الرجلين أحياناً. وسبب هذه الحالة هو حساسية الشرايين الصغيرة، التي تزود الأصابع بالدم، تجاه البرد. فإذا تعرض الجسم، أو الأصابع، للبرد فإن الشرايين تتقلص بشكل مفاجئ ويصبح إمداد الأصابع بالدم قليلاً فتبدو شاحبة اللون يشوبها ازرقاق خفيف في بداية المرض. يمكن إزالة تقلص العروق ومعالجة الحالة بالتدفئة فقط، فإذا زال التقلص، عاد الدم مندفعاً إلى الأصابع وعاد لها وضعها ولونها الطبيعيان.

ولكن، في أحيان أخرى، يمكن للداء أن يظهر نتيجة تأثيرات ثانوية غير البرد، ففي بعض الأحيان يحدث هذا الاضطراب نتيجة لمهنة بعض الأشخاص الذين يعملون بآلات اهتزازية مثل منشار السلاسل أو المثاقب الهوائية، كما يمكن أن يكون السبب اضطراب في النسيج الضام، كتصلب الجلد (ص 730)، أو فرط ضغط الدم الرئوي (ص 510)، أو داء برغر (ص 505)، أو نتيجة اضطراب عاطفي أو عصبي، ويمكن أن يحدث من جراء الأرجية لبعض الأدوية التي تؤثر على أوعية الدم. وعندما يكون المرض ناتجاً عن اضطراب ثانوي، فإنه يطلق عليه اسم ظاهرة رينو (Raynaud's phenomenon) عوضاً عن داء رينو، وهذه الحالة شائعة جداً وخاصة بين النساء وتظهر غالباً في بداية الكهولة.

الأعراض: العرض الأساس للمرض هو تغيُّر لون الأصابع، أو المناطق الأخرى

المصابة. وعادة يتغير اللون من الأبيض إلى المُزرق إلى الأحمر حسب درجة الحرارة التي تتعرض لها هذه المنطقة. وبشكل عام لا يسبب المرض شعوراً بالألم، بل يشعر المصاب بتنمل أو وخز في المنطقة المصابة.

يزداد داء رينو سوءاً بشكل تدريجي، بينما تزداد ظاهرة رينو سوءاً بشكل سريع، وفي حالات متقدمة من المرض قد تنكمش الأنسجة المصابة في جزء منها، وتتشكل تقرحات صغيرة في الأنسجة التي لا تتلقى كمية كافية من الدم، وهذه قد تسبب أخماجاً وإزعاجات تكون صعبة الشفاء.

المضاعفات: نادراً ما تنكمش الشرايين (تتقلص) لفترات طويلة، ولكن إذا حدث ذلك فإنها قد تسبب الموات (ص 509). وما يحدث عادة هو أن أصابع المريض تصاب بالوهن وتضعف حساسيتها للمس بمرور الزمن.

العلاج: إذا أصيب أي شخص بالأعراض الموصوفة سابقاً فنصيحتنا له مراجعة الطبيب.

العلاج الذاتي: على المصاب إبقاء يديه وقدميه جافة ودافئة، وأن يرتدي قفازات فضفاضة وجوارب وحذاء منزلياً مريحاً، ويقلع عن التدخين إذا كان مدخناً وعليه أن يتذكر أن الجو الدافئ هو الحل الأنسب للمشكلة، لكنه حل لا يمكن لأي شخص اتباعه، لذلك ينصح، على الأقل، البقاء في المنزل عندما يكون الطقس بارداً.

العلاج الاختصاصي: معظم الناس يتأقلمون مع داء رينو ويتعايشون معه، أما العلاج فيكون عادة بإعطاء عقاقير موسعة للشرايين الصغيرة.

يعالج المرض أحياناً جراحياً بعملية تسمى قطع العصب الودي (Sympathectomy) حيث تقطع الأعصاب المسؤولة عن تقلصات الشرايين فيؤدي ذلك عادة إلى تحسن كبير في الاضطراب، ولكن تميل الأعصاب للنمو ثانية. ومن الملاحظ أن بعض الحالات لا تتحسن أبداً. وبشكل عام يكون التحسن أكثر عندما تجرى العملية على أصابع القدمين. أما ظاهرة رينو فلا بد لعلاجها من تحديد أسبابها أولاً.

الشَّرَث (عضة الصقيع) (Frostbite)

الشَّرَث، هي عبارة عن تجمد الجلد والأنسجةُ الواقعة تحته، وهو يحدث عندما يتعرض جزء من الجسم بشدة لدرجات حرارة منخفضة جداً (دون درجة التجمد)، فيتوقف عندئذٍ تدفق الدم إلى الجزء المعرض للصقيع، حيث قد تتأذى خلايا الجلد بشكل دائم في الحالات الشديدة. ربما يصاب أي جزء من الجسم بالشرث، لكن اليدين والقدمين والأذنين والأنف هي الأكثر تعرضاً لهذه الإصابة، ويكون الجلد المصاب قاسياً وشاحباً وبارداً وفاقداً للحس، وعندما يعود الدفء إليه يصبح محمراً ومؤلماً. وأي شخص يتعرض للبرد القارص لساعات طويلة، قد يصاب بالشرث، إلا أن الأشخاص المصابين بالتصلب العصيدي (ص 444)، أو

الذين يتناولون العقاقير حاصرات بيتا (Beta-blockers) والتي تنقص تدفق الدم إلى الجلد، هم عرضة بشكل خاص للإصابة بالشرث.

العلاج: على الشخص الذي يتواجد في طقس شديد البرودة، ارتداء عدة طبقات من ملابس ثقيلة، وواقياً من ماء المطر، وكذلك قطعة خارجية واقية من الريح، وتغطية رأسه بشكل جيد، وحماية أذنيه ويديه وقدميه وأنفه، علماً أن التعب الشديد وشرب الكحول ونقص الأكسجين، في الأماكن المرتفعة، يمكن أن يؤثر على القدرة على المحاكمة مما قد يجعل المرء يتحمل ما يقع على جسمه من إزعاج دون مبالاة بما يترتب على ذلك من أخطار.

لا يملك الأطفال والأولاد القدرة على ارتداء ملابسهم أو معرفة ماذا يلبسون بما يكفيهم لحماية أنفسهم من الشرث، لذلك على الأهل أن يتأكدوا من إلباس أولادهم بشكلٍ كافٍ.

يجب أن يعالج الشرث بسرعة، فكل دقيقة تأخير تقلل فرصة الشفاء، وإذا لم تتعافَ المنطقة المتجمدة بعد تدفئتها، يراجع الطبيب بأسرع ما يمكن، فهناك خطورة حدوث تموت لبعض النسج (راجع ص 509)، فإذا حدث ذلك فربما يصبح ضرورياً بتر الجزء المصاب لاسيما إذا كان ذلك الجزء هو أحد الأصابع. ومع ذلك، إذا عولجت حالة الشرث سريعاً فقد لا تترك أية آثار سيئة على المدى البعيد.

زرقة النهايات (Acrocyanosis)

إذا بدت أصابعك أو أباخسك (أصابع قدميك) مزرقةً أو إذا بدا معصماك أو كاحلاك مزرقين فأنت مصاب بزرقة النهايات. هذا الازرقاق يحدث بسبب تقبض في الشرايين الصغيرة التي تزود يديك وقدميك بالدم. وبسبب مثل هذه التقلصات في تلك الشرايين فإن الأجزاء المصابة من الجسم تحصل على كمية أقل من حاجتها من الدم، فتتراكم الفضلات في الأوردة المحلية مما يعطي الجلد لونه المزرق اللاطبيعي، وتزداد هذه الحالة وضوحاً في الجو البارد، وعادة تتواجد بشكل متشابه في كلا اليدين أو كلا القدمين، وهي حالة غير مؤلمة، ولكن الأجزاء المصابة تكون باردة على الغالب وقد تتعرق، وهي لا تسبب قرحات أو أية مشكلات جلدية أخرى.

العلاج: هذه الحالة لا تدعو للقلق، فهي شائعة نوعاً ما، لاسيما عند النساء، وليست ذات دلالة على اضطراب مهم، ولا تحتاج ولا تستجيب لأي معالجة وكل ما تحتاجه هو حماية اليدين والقدمين من البرد الشديد.

داء بُرجر (Buerger's disease)

يسمى أيضاً التهاب الأوعية الخُثاري الساد، وهو ينجم عن هجمات معاودة من التهاب الشرايين، والأوردة أحياناً، حيث تؤدي هذه الهجمات في النهاية إلى الخُثار أو تشكل جلطات

دموية في الأوعية المصابة. يحول الخُثار في شريان ما دون استمرار جريان الدم المؤكسج إلى النسج التي تتغذى من ذلك الشريان، ونتيجة لذلك فقد تتموت هذه الأنسجة. أما الخُثار في وريد فيحول دون عودة الدم إلى القلب مما يؤدي إلى توذم الأنسجة التي لم يعد الدم يصرف منها.

من المحتمل أن تصاب أية أوعية دموية بداء بُرجر لكنه أكثر ما يشاهد في الرجلين. قد تنجم هجمات الالتهاب التالية للخُثار عن اضطراب في النسيج الضام (راجع أمراض النسيج الضام ص 727)، لكن سببها الحقيقي لا يزال مجهولاً رغم أن بعض الباحثين يعتقدون بأن هذه الحالة ليست مرضاً بحد ذاتها بل هي عَرَض من أعراض تصلب الشرايين (ص 491).

الأعراض: تعتمد الأعراض على المناطق المصابة، ولربما تكون الأعراض الأشيع هي برودة وألم في الرجلين. ويحدث الشعور بالألم بعد الجهد ويختفي عادة في حالة الراحة. ومن الممكن أن تصاب الرجلان بالوخز وتصبحان حاكتين ومؤلمتين ومتورمتين وساخنتين إذا كانت أوردتهما هي المصابة بشكل رئيسي. أما إذا كانت الشرايين هي المصابة فقد يحدث تقرح أو مُوات (ص 509) في النسج المحرومة من الدم. ومن الأعراض الأخرى المحتملة، أعراض ظاهرة رينو (ص 503) التي تنجم أحياناً عن داء برغر.

المضاعفات: إن هذا الاضطراب نادر، والذين يصابون به هم غالباً الذكور المدخنين في أعمار (25 ـ 40) سنة. والخطر الرئيسي لداء بُرجر هو إمكانية الإصابة بالموات في الساق وأحياناً في الذراع وبالتالي حتمية بتر الطرف. وبخلاف ذلك فإن المضاعفات هي مضاعفات تصلب الشرايين. وإذا كانت الأوردة مصابة فقد يحدث التهاب الوريد الخُثاري (ص 495).

العلاج: لدى مراجعة الطبيب فإنه يجري بعض الاختبارات الدموية لتحديد، من بين ما يتم تحديده، سوية كولسترول الدم (Cholesterol) التي تكون طبيعية أو منخفضة عادة في داء بُرجر وتكون مرتفعة في حالة تصلب الشرايين، ولتحديد موقع وطبيعة الانسداد الدوراني فقد يتطلب الأمر إجراء تصوير وعائي (Angiography) .

العلاج الذاتي: على المصاب أن يمتنع عن التدخين إذا كان مدخناً، وأن لا يعرض ذراعيه أو ساقيه للبرد أبداً، وأن يحذر من إحداث أي جرح عند قص الأظافر، لكي لا يعرض نفسه إلى خطر حدوث خمج أو مُوات في المنطقة، وربما يتوجب مراجعة الطبيب بشكل دوري لفحص اليدين والرجلين.

العلاج الاختصاصي: قد يصف الطبيب عقاقير موسعة للأوعية لتخفيف الألم أو قد ينصح بقطع العصب الودي (Sympathectomy) وهو إجراء جراحي يتم فيه قطع الأعصاب التي تجعل الأوعية الدموية تتقبض، ولكن هاتين المعالجتين غير مضمونتي النتائج. وإذا حدث

المُوات فقد يصبح بتر النواحي المصابة محتوماً. ومع ذلك وحتى لو تركت كل هجمة من هجمات داء بُرجر عجزاً باقياً، فمن الشائع أن تتوقف الهجمات عن الحدوث لاحقاً.

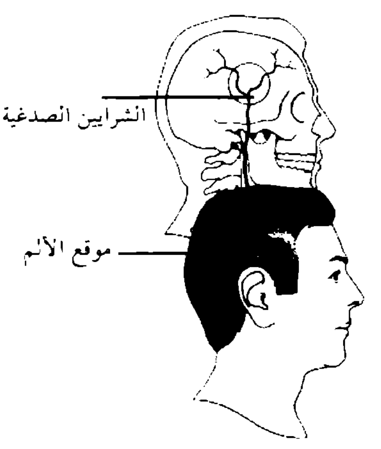
التهاب الشريان الصدغي (Temporal arteritis)

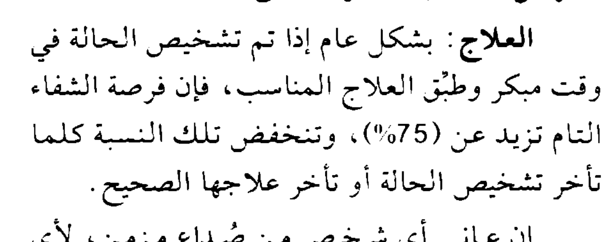
يؤدي التهاب الشريان المزمن، عادة، إلى حدوث ثخانة في بطانته مما يؤدي بالتالي إلى انخفاض كمية الدم التي تمر عبره. قد يكون الشريان المصاب هو أحد الشريانين الصدغيين أو كليهما، وهذان الشريانان هما اللذان يمران وراء الصدغين في فروة الرأس (واحد في كل جانب)، وهما يتفرعان أصلاً من الشريانين السباتيين اللذين يزودان الرأس بالدم.

يحدث التهاب الشريان الصدغي بشكل عام بعد الخامسة والستين من العمر ويصيب النساء ضعف إصابته للرجال.

الأعراض: العرض الشائع لالتهاب الشريان الصدغي هو صُداع نابض وقوي في أحد جانبي الجبهة أو فيهما كليهما، وقد يتورم الشريان المصاب ويصبح محمراً ومؤلماً باللمس. وضمن الأعراض الأخرى المحتملة ربما يحدث حمى خفيفة ونقص في الوزن وفقدان الشهية للطعام وألم معمم في العضلات أحياناً.

المضاعفات: في الحالات الشديدة، قد يسبب التهاب الشرايين الصدغية سكتة دماغية (ص 288)، لكن المرض يؤثر على العينين بشكل أكبر، ومعظم الأشخاص الذين يعانون من هذا المرض لديهم مشاكل عينية. وهذه الإصابة من الممكن أن تؤدي إلى انخفاض المقدرة على الرؤية. وقبل أن توجد الأدوية الحديثة فإن حوالي 30% من الأشخاص المصابين بالتهاب الشرايين الصدغية أصيبوا بالعمى.





العلاج: بشكل عام إذا تم تشخيص الحالة في وقت مبكر وطبّق العلاج المناسب، فإن فرصة الشفاء التام تزيد عن (75%)، وتنخفض تلك النسبة كلما تأخر تشخيص الحالة أو تأخر علاجها الصحيح.

إن عانى أي شخص من صُداع مزمن، لأي سبب، عليه مراجعة الطبيب، فإذا كان الصُداع مصحوباً ببعض أعراض التهاب الشرايين الصدغية، وإذا كان المصاب فوق الخامسة والخمسين من العمر، فسوف يشك الطبيب بإصابته بهذه الحالة، ونتيجة تحليل الدم تؤكد التشخيص أو تنفيه. ومن الممكن أن يقرر الطبيب أخذ خزعة (قطعة صغيرة) أو أكثر من الشريان الصدغي المصاب لفحصها مجهرياً للتأكد من التشخيص، كما يمكن أن يقرر إجراء تصوير شعاعي للشريان المصاب.

العلاج الذاتي: لا يمكن الاعتماد على النفس في هذه الحالة لإجراء أي علاج.

العلاج الاختصاصي: يصف الطبيب عادة دواءً ستيروئيدياً يستعمل لفترة طويلة، وعلى المصاب التقيد بتعليماته بدقة وعدم وقف استعمال الدواء دون استشارته.

الانصمام الشرياني (Arterial embolism)

الصمة (Embolus) هي جسيم صلب يكون عادةً جزءاً من جلطة دموية، أو قطعة من لويحة (ترسب دهني) يحملها الدم وتنتقل عبر الأوعية الدموية، وربما تكون صغيرة جداً. وبسبب تفرع الشرايين بالتتابع إلى شرايين أصغر فأصغر حتى تصبح شعيرات دموية دقيقة، فإن الصمة لا تستطيع في النهاية، أن تتقدم لأبعد من نقطة معينة تتناسب مع حجمها، وفي تلك النقطة تشكل انصماماً أو إحصاراً (تسد مجرى الدم) يمنع مرور الدم إلى الأنسجة التي تتغذى من ذلك الشريان المغلق. قد تنشأ الصمّة في القلب بسبب هجمة قلبية (ص 456) أو بسبب اضطراب قلبي آخر، وربما تكون جزءاً من نمو جرثومي ناجم عن التهاب الشغاف الجرثومي (ص 478)، وفي حالات نادرة، ربما تكون مجرد جسم أجنبي دخل شرياناً عبر جرح ما.



انحشار الصمة

يحمل الدم الصمة عبر الشرايين، وعندما تصل إلى شريان أضيق أو إلى منطقة تفرع الشريان فإنها تنحشر وتسد الشريان مما يؤدي إلى تموت المنطقة التي يزودها هذا الشريان بالدم ما لم تعالج المشكلة سريعاً.

إن شدة الانصمام (الانسداد) الشرياني تعتمد على حجم الصمة وموقعها. إن أجزاء الجسم الأكثر إصابة هي الدماغ والساقان، إلا أن الانصمامات يمكن أن تحصل في أي مكان من الجسم.

الأعراض: عادة، يمر الانصمام في عضو باطني دون أن يُلاحظ، إلا إذا كانت الناحية المصابة كبيرة، وربما يسبب فقداناً وظيفياً في جزء من الأمعاء، ويسبب بالتالي نفس الأعراض التي يحدثها انسداد الأمعاء (ص 595). وبالنسبة لأعراض الانصمامات الدماغية (راجع السكتة ص 288) وهجمات الاقفار العابرة (ص 291)، وفي أجزاء الجسم الأخرى، لاسيما في الأطراف، فقد يكون الألم هو العرض الأول، ويتلو الألم إحساس بالتنمل أو الوخز وتصبح الناحية المصابة، في النهاية، مخدرة وضعيفة وباردة. وإذا كان الانصمام في ذراع أو ساق فإن الجلد يصبح شاحباً في البداية، ثم يصبح مزرقاً بسبب نقص الأكسجين. وقد تصاب الساقان معاً إذا سدت صمة كبيرة الشريان في أسفل الظهر حيث يتفرع الأبهر إلى فرعين (الأبهر هو الشريان الرئيسي الصادر من القلب)، ومثل هذه الانصمامات التي تدعى

الانصمامات السَّرجية (Saddle embolisms) يمكن أن تسبب ألماً شديداً في البطن والظهر والساقين.

المضاعفات: إذا انسد أحد الشرايين الرئيسة، فإن الأنسجة التي يزودها هذا الشريان بالدم ستتموت في غضون ساعات ما لم يعالج الانسداد فوراً، أما إذا انسد أحد شرايين الدماغ فقد تحدث الوفاة فوراً نتيجة السكتة الدماغية. وإذا حدث الانسداد في الأبهر (مثلاً الانصمام السرجي) فإن فرصة النجاة تبلغ (50%) فقط من مجمل الحالات.

العـلاج:

العلاج الذاتي: إذا كانت الأعراض في الذراع أو الساق فيجب إبقاء الطرف المصاب مبرداً ودون تحريك حتى وصول المصاب إلى عيادة الطبيب أو إلى المستشفى. أما الانصمام في أجزاء أخرى من الجسم غير الأطراف فلا يفيد معها العلاج الذاتي.

العلاج الاختصاصي: يعالج الانصمام الحديث، عادة، بالأدوية بما فيها مضادات التجلط (Anticoagulants) مثل الهيبارين (Heparin) ، والعوامل الحالّة للجلطة مثل الستربتوكيناز (Streptokinase) ، وتحرض مثل هذه المعالجة التشاركية العمليات الطبيعية للجسم على حل الجلطة الدموية واتقاء تشكل المزيد من الجلطات.

إذا بقي شريان رئيسي مسدوداً بالرغم من المعالجة الدوائية فإن إجراء عملية جراحية يصبح ضرورياً لتجنب حدوث المُوات. تدعى هذه العملية استئصال الجلطة (Embolectomy) وهي تتضمن إدخال أنبوب إلى داخل الشريان ومص الجلطة ميكانيكاً. فإذا أُجريت هذه العملية في الوقت المناسب فإن فرص الشفاء كبيرة.

المُوات (Gangrene)

المُوات (الغنغرينا) هو لحم ميت، ويشكل لونه الأسود المميَز علامة على أن الجلد، وغالباً العضلة والعظم تحت ذلك الجلد، كلها متموتة. وهناك نوعان أساسيان من الموات: المُوات الجاف والموات الرطب الخمجي.

لا يتضمن المُوات الجاف خمجاً جرثومياً، ويحدث عندما يتوقف، أو يقل، التدفق الدموي إلى أنسجة محددة، ربما يكون هذا نتيجة انصمام شرياني (البحث السابق) أو ضعف الدوران، أو الداء السكري (ص 671)، أو تصلب الشرايين (ص 491)، وربما ينجم أيضاً عن الشرث (ص 504) فتتموت الناحية المفتقرة للأكسجين، ولكن المُوات لا ينتشر خارج تلك الناحية.

ربما يكون اللحم مؤلماً جداً أثناء تموته، ولكن حالما يموت يصبح مخدراً ويتحول لونه تدريجياً للسواد، ويلاحظ وجود خط مرئي يفصل النسيج الميت عن النسيج الحي.

أما الموات الرطب الخمجي، فيمكن أن يحدث عندما تتلف ناحية من عضلة والجلد الواقع فوقها بتأثير الذيفانات (Toxins) التي تنتجها الجراثيم المعروفة بالمطثيات (Clostridia) والتي تتكاثر في اللحم الميت. إن الخمج بهذه الجراثيم ممكن كلما أصيب جرح بالتلوث، مثلما قد يحدث بعد جروح الأسلحة النارية أو حوادث المرور أو غير ذلك من الأذيات التي تحرم العضلة والجلد من التزود بالدم. ويستطيع الجراحون، عادة، اتقاء هذا الموات الخمجي بالاعتناء بصحة الجرح، وهذا يتضمن إزالة جميع الأنسجة ذات الدوران الدموي السيء وجميع الملوِّثات، وأحياناً يكون محتماً بتر جزء من طرف إذا كان لا بد من اتقاء الموات.

الأعراض: ربما يتطور المُوات الجاف في قدم أو ساق أي شخص لديه دوران سيء، ففي المراحل المبكرة، يصبح الطرف بارداً مع ألم يزداد سوءاً مع بذل الجهد الجسمي. ويشكل كل من الألم في القدم أو الشحوب علامتين منذرتين، كذلك فإن الألم هو العرض الرئيسي للمُوات الخمجي الناجم عن أذية. وتصبح الناحية المحيطة بالجرح محمرة ومتورمة ومؤلمة بشدة وربما تفوح منها لاحقاً رائحة كريهة.

العلاج: يمكن اتقاء المُوات الجاف بالتدابير المساعدة على المحافظة على دوران جيد، مثل عدم التدخين. على المصاب بالداء السكري أن يبقى تحت المراقبة المستمرة واتباع تعليمات الطبيب بدقة، والاعتناء كثيراً بالقدمين والحرص على إراحتهما وعدم جرحهما، أما المُوات الرطب الخمجي فيُتقى بالعناية الجراحية العاجلة لجميع الجروح المهروسة الملوثة بالتراب أو المواد الأجنبية الأخرى.

إن أولويات معالجة المُوات هي إزالة كلٌ من الجلد والعظم والعضلات المتموتة (التي تشكل التربة المناسبة لتكاثر الجراثيم)، وتحسين الدوران، وقد يكون ضرورياً في بعض الحالات، تعريض الأنسجة المصابة للأكسجين تحت ضغط مرتفع وذلك بوضعها ضمن حجرة مرتفعة الضغط وحاوية على الأكسجين، وهذا الأمر يدفع الأكسجين إلى داخل اللحم، ومن ثم يقتل الجراثيم التي تعيش فقط في الأنسجة الخالية من الأكسجين. ويمكن مكافحة الجراثيم وذيفاناتها بالمعالجة بمزيج من المضادات الحيوية والمصول المضادة. وتكون توقعات الشفاء جيدة مع تطبيق المعالجة العاجلة إلا أن الجراحة الكبرى، بما فيها البتر، ربما تكون ضرورية في بعض الحالات.

فرط ضغط الدم الرئوي (Pulmonary hypertension)

فرط ضغط الدم الرئوي يعني ارتفاع ضغط الدم داخل الرئتين، وهو عبارة عن اضطراب في دوران الدم في الرئتين يمكن أن ينجم عن أي مرض يحصر تدفق الدم عبرهما. من بين الأسباب الشائعة لذلك، اضطرابات القلب الولادية (ص 880) والتهاب القصبات (ص 419)

والنُفاخ (ص 425)، مع العلم أن الأشخاص الذين يعيشون لفترة طويلة في مرتفعات عالية معرضون خاصة لارتفاع التوتر الرئوي، ولكن يمكن لأي مرض رئوي تقريباً أن يؤدي لهذه الحالة. ومهما يكن السبب فإن النتيجة الرئيسية هي ازدياد الضغط داخل الشرايين الرئوية التي تنقل الدم من القلب إلى الرئتين. بمرور الوقت تزداد ثخانة جدران الشرايين مما يحدث إعاقة أكثر، وفي عملية معاوضة لهذا النقص الحادث، يبذل الجانب الأيمن من القلب جهداً إضافياً يؤدي إلى تضخمه، ويفضي في النهاية إلى قصور القلب في هذا الجانب منه (ص 460).

الأعراض: تصيب هذه الحالة النساء خمسة أضعاف ما تصيب الرجال، وغالباً لا يوجد أعراض لهذا المرض إلى أن يصبح متقدماً جداً، وبعد ذلك يصبح العَرَض الرئيسي هو تورم الكاحلين. ويكون هذا التورم عادة ملحوظاً فقط عندما تكون الحالة الصدرية مزعجة. إذا كان ارتفاع التوتر الرئوي ناجماً عن التهاب القصبات المزمن أو النُفَاخ فقد يصبح الجلد مزرقاً بسبب احتوائه على أكسجين أقل وفضلات أكثر مما يجب أن يكون عليه. وفي حالة وجود ضيق نفس سابق بسبب مرض رئوي كامن فمن المرجح أن ارتفاع التوتر الرئوي سيزيد هذه الحالة سوءاً.

إن الأخطار الرئيسية هي تلك العائدة للمرض الرئوي الذي سبب ارتفاع التوتر الرئوي، ولكن هذا الاضطراب قد يؤدي إلى قصور القلب وبالتالي قد تحدث اختلاطات إضافية مثل قصور الجهاز الهضمي أو الكليتين أو غير ذلك من الأعضاء.

العلاج: إذا تورم الكاحلان في الوقت الذي تشتد فيه الحالة الصدرية يراجع الطبيب، وهو سيطلب فحص عينة من بول المصاب لمعرفة مدى سلامة كليتيه، لأنهما قد تكونان مصابتين نتيجة قصور القلب المديد، وإذا وجد دليل على قصور قلبي محتمل فقد يخضع المصاب لإجراء المزيد من الاختبارات التشخيصية.

العلاج الذاتي: على المصاب بارتفاع التوتر الرئوي الإقلاع عن التدخين فوراً.

العلاج الاختصاصي: يمكن تفريج قصور القلب الناتج عن ارتفاع التوتر الرئوي بالراحة في الفراش مع معالجة بالأكسجين، حيث يخف تشنج الشرايين الرئوية، وبالمدرات البولية التي تقوم بطرح السائل الفائض من الجسم، ومع ذلك فإن حدوث هجمات أخرى يصبح ممكناً ما لم تتم معالجة السبب الكامن، وهذه تعتمد على المرض نفسه. إن المعالجة المديدة بالأكسجين تساعد أحياناً على خفض ارتفاع الضغط الدموي الرئوي، وقد يصف الطبيب معالجة منزلية يومية بالأكسجين.

إذا كان ارتفاع التوتر الرئوي ناجماً عن مرض رئوي مزمن فإن المعالجة على المدى البعيد ترمي إلى إيقاف المزيد من التدهور، وقد يصف الطبيب مضادات حيوية (Antibiotics) ويقوم بتحصين المصاب ضد الأنفلونزا للمساعدة على اتقاء النزلات الرئوية الحادة.

أما المرضى اليافعون الذين أصيبوا بارتفاع التوتر الرئوي، وبمرض رئوي متقدم، فيمكن معالجتهم بنجاح بزرع قلب ورئتين. إن جراحة كبرى من هذا القبيل تحمل أخطاراً كبيرة، ويتم إجراؤها فقط عندما تفشل جميع البدائل العلاجية الأخرى، ورغم ذلك فإن أكثر من (50%) من المرضى الذين يجرى لهم هذا الزرع يعيشون لمدة سنتين على الأقل بعد العملية الجراحية.

انخفاض ضغط الدم (Low blood pressure)

لا يشكل انخفاض ضغط الدم المزمن إلى ما دون المعدل الطبيعي مشكلة خطيرة على حياة الإنسان، وذلك بعكس حالة ارتفاع ضغط الدم المزمن. والنمط الوحيد من انخفاض ضغط الدم الذي قد يسبب مشكلات هو ذلك النوع الذي يحدث فجأة، ويسبب دُواماً أو إغماءً، وأوضح تلك الحالات هي الظاهرة المعروفة «بانخفاض الضغط الدموي الوضعي». فعند الانتقال فجأة من وضعية الجلوس أو الاستلقاء إلى وضعية الوقوف فإن الأوعية الدموية تنقبض بشكل فيسيولوجي للمحافظة على الضغط الدموي الطبيعي في الوضعية الجديدة، وتحصل هذه العملية آلياً من خلال فعل انعكاسي في الجملة العصبية، لكن عند المصاب بانخفاض ضغط الدم الوضعي فإن هذا الفعل الانعكاسي يكون معيباً، ونتيجة لهذا العيب ينخفض ضغط الدم ويقل تدفقه مؤقتاً نحو الدماغ عندما تغير وضعية الجسم، فجأة كما أسلفنا، وهذا يسبب دُواماً أو حتى فقداناً عابراً للوعي.

قد ينجم انخفاض ضغط الدم الوضعي عن تناول الأدوية الموصوفة لمعالجة ارتفاع الضغط الدموي، إذا أُخذت بمقادير زائدة كثيراً، وتكون المعالجة، في مثل هذه الحالة، هي ببساطة، تخفيض الجرعة الدوائية فحسب.

وقد ينجم انخفاض ضغط الدم الوضعي أيضاً كاختلاط طفيف للحمل أو لبعض حالات أخرى كالإصابة بالداء السكري (ص 671) أو تصلب الشرايين (ص 491) أو داء أديسون (ص 679).

يسبب انخفاض ضغط الدم أحياناً تناقص تدفق الدم إلى الدماغ إلى حد الشعور بالإغماء، وهذا ربما يعود إلى مرض ما أو ارتكاس جسمي نحو الانفعال المفاجئ أو نقص التغذية أو الوقوف طويلاً في الجو الحار. ولا داعي للقلق أبداً إذا كانت نوبات الإغماء الناتجة عن انخفاض ضغط الدم المؤقت عابرة ونادرة.

العلاج: إذا كنت تصاب بنوبات دُوام أو تشعر بالإغماء عندما تقف فجأة، عَوِّد نفسك على الوقوف تدريجياً، أو على مراحل، من وضعية الجلوس أوالاستلقاء، فمثلاً عندما تستيقظ في الصباح ابدأ بالجلوس لفترة وجيزة جداً على طرف السرير قبل الوقوف التام فهذا سيجنبك التعرض للحالة الموصوفة سابقاً، وإذا كنت تصاب بنُوَب إغماء متكررة فاستشر طبيبك.

الفصل الثامن

اضطرابات الدم (Blood disorders)

يتكون الدم من جزأين أساسيين هما : خلايا الدم (Blood cells) والتي تسمى أيضاً كريات الدم، والمصَوَّرة (البلاسما) (Plasma) ، وهي السائل الذي يحمل الكريات. إن اضطرابات الدم المناقشة في هذا الفصل متعلقة بشكل رئيسي بخلايا الدم.

إن معظم خلايا الدم هي عبارة عن خلايا دم حمراء (Red blood cells) وظيفتها الأساسية هي حمل الأكسجين من الرئتين إلى كافة أنحاء الجسم، وهي تحوي على بروتين (Protein) يسمى خضاب الدم (Hemoglobin) الذي يتحد مع الأكسجين في الرئتين ويحمله ومن ثم يحرره إلى النسج عند دوران الدم في الجسم، وتحمل هذه الخلايا أيضاً فضلات ثاني أكسيد الكربون (CO_2) من النسج إلى الرئتين حيث تطرحه مع هواء الزفير. كما يحتوي الدم على خلايا دم بيضاء (White blood cells) تحمي الجسم وتدافع عنه ضد الأخماج (Infections) ، ويوجد عدة أنواع مختلفة منها، معظمها عبارة عن عَدِلات (Neutrophils) تهاجم وتبتلع الجراثيم (Bacterias) ، والخلايا اللمفاوية (Lymphocytes) التي تتعرف على الخلايا الأجنبية والعوامل الممرضة ومركبات أخرى غريبة، وتساهم في ردة فعل الجسم المناعية ضدها، ويوجد أيضاً أنواع مختلفة أخرى من خلايا الدم البيضاء ولكن هذين النوعين هما الأكثر وفرة. أما الشكل الثالث من خلايا الدم فهي الصفيحات (Platelets) ، وهذه تتجمع حالما يتأذى وعاء دموي لتسد الفتحة الناتجة عن الأذى، وتعتبر هذه العملية المرحلة الأولى من عملية تجلط الدم، والمواد الكيميائية الموجودة في البلاسما تساعد عندئذ على تشكيل جلطة تسد الجرح.

يتم إنتاج معظم خلايا الدم في نقي العظم (Bone marrow) ، وكذلك تُصَنَّع الخلايا اللمفاوية في الطحال (Spleen) ، وفي العقد اللمفاوية (Lymphnodes) الموجودة في العنق والإبطين والمنطقة الأربية ومناطق أخرى من الجسم. إن الطحال والعقد اللمفاوية مع القنوات التي تربطها ببعضها البعض تسمى الجهاز اللمفاوي (Lymphatic system) . عندما تصبح الخلايا الدموية الحمراء والصفيحات هرمة أو معيبة فإنها تُرشح خارج مجرى الدم ويقوم الطحال والكبد (Liver) والعقد اللمفاوية أيضاً بتفكيكها.

تم تصنيف اضطرابات الدم في خمسة مجموعات ندرسها فيما يلي:

الأجزاء الأساسية في الدم

يمكن فصل الدم بسهولة إلى أجزائه المختلفة. فخلايا الدم الحمراء هي أثقل وزناً من خلايا الدم البيضاء، وخلايا الدم البيضاء والصفيحات أثقل من المصورة، والمصورة أخف الجميع.

المصورة (Plasma) : عبارة عن سائل مصفر اللون يحوي أملاحاً وأضداداً وعوامل التجلط الدموية.

خلايا الدم البيضاء (Whilte blood cells) : تحمي الجسم من الأخماج وذلك بمقاومة الجراثيم وإنتاج أجسام ضدية (Antibodies) .

الصفيحات (Platelets) : تساعد على الحفاظ على سد جدران الأوعية الدموية المتأذية كما تساهم في تشكيل المرحلة الأولى من الجلطة الدموية.

خلايا الدم الحمراء (Red blood cells) : تشكل حوالي نصف الدم وتحوي على البروتين والهيموغلوبين الذي يحمل الأكسجين إلى كل أجزاء الجسم.

- 1 -
فقر الدم ANEMIA

إن المكون الرئيسي للكريات الحمراء هو الخضاب (Hemoglobin) الذي يتحد مع أكسجين هواء التنفس في الرئتين ويحمله عبر الجسم حيث يطلقه إلى الأنسجة التي تحتاجه.

يعرف فقر الدم بأنه نقص سواءً في الخضاب أو في عدد الكريات الحمراء إلى ما دون السوية العادية.

يشكل الحديد عنصراً أساسياً وهاماً في تركيب الخضاب. فإذا لم يمتص الجسم مقداراً كافياً من الحديد مما يتناوله الإنسان من طعام، فإن الجسم يعجز عن تشكيل الخضاب الكافي مما يسبب فقر دم يُدعى «فقر الدم بعوز الحديد». كما يؤثر العوز الشديد للڤيتامين «ب 12» (B12) في الجسم على إنتاج الكريات الحمراء أيضاً مما يسبب فقر دم، وهذا ما يدعى «فقر الدم بعوز ڤيتامين ب 12». ويؤدي الافتقار لحمض الفوليك (Folic acid) في الجسم لنفس التأثير ويسبب فقر دم يدعى «فقر الدم بعوز حمض الفوليك»، وكذلك نقص الغذاء الفعلي يؤدي إلى فقر دم غذائي. ويؤدي تخرب الكريات الحمراء خلال فترة قصيرة [أقصر من الطبيعي] إلى الإصابة «بفقر الدم الانحلالي» (Hemolytic anemia) ، مما يؤدي لانخفاض عدد الكريات الحمراء في الجسم إلى ما دون المستوىٰ الطبيعي عادة. إن عيوب الدم الموروثة، مثل «فقر الدم المنجلي الخلايا»، تسبب انتاج خضاب شاذ في الجسم وكذلك فإن النزف المتكرر في أي عضو كان ولأي سبب كان يحدث فقراً دموياً أيضاً.

إن الأعراض المميزة لفقر الدم تشمل الشحوب، التعب، الضعف، اللهاث، وخفقان القلب.

إن الخطوة الأولى في معالجة فقر الدم هي وقف النزف الدموي، إن وجد، بأية وسيلة كانت، ثم التخلص من طفيليات جهاز الهضم بكل أنواعها، ومعالجة البلهارسيا إن وجدت، وإعطاء المريض (وباعتدال) كميات إضافية من الأطعمة المتوازنة الغنية بالمواد الغذائية والڤيتامينات والمعادن، وخاصة فيتامين (C) وحمض الفوليك، وفيتامين (B12) والحديد [مثل اللحوم والخضروات والفواكه الطازجة والبيض والحليب. . .].

فقر الدم الناتج عن نقص الحديد (Iron deficiency anemia)

الحديد عنصر أساسي من مقومات خضاب الدم (Hemoglobin) ، الذي يشكل بروتين الكريات الحمراء، ولذلك يسبب نقص الحديد في الجسم إنتاجاً ناقصاً من الخضاب، وبالتالي يؤدي إلى فقر دم بعوز الحديد.

طبيعياً، يتم تخزين الحديد الفائض في الجسم، ومن ثم يعود الجسم لاستعماله في إنتاج الخضاب الذي يدخل في تركيب الكريات الحمراء الحديثة التشكل. ومعظم هذا الحديد يتم استرداده من الكريات الحمراء الهرمة التي ماتت وتخرَّبت. ويتم تعويض المقدار الضئيل من الحديد، الذي يفقده الجسم، من الحديد الموجود في الطعام. ولكن بعض الناس، ولأسباب مختلفة، لديهم القليل من مخزون الحديد، أو ليس لديهم منه أبداً. ويستمر الإنسان معافى إذا ما تحقق توازن ما بين الحديد المفقود والحديد الذي يمتصه الجسم من الطعام أما إذا فقد الجسم من الحديد أكثر مما يرده منه فإنه يصاب بفقر دم.

ـ هنالك ثلاثة أسباب عامة لنقص الحديد في الجسم:

الأول: هو عدم توفر الكفاية من الحديد في الطعام للتعويض عن الكمية المفقودة يومياً، وهذه المشكلة تحدث بشكل رئيسي لدى الأطفال الصغار (ص 908) والأشخاص الذين يتبعون حمية مقيدة لسبب أو لآخر.

الثاني: هو عجز جهاز الهضم عن امتصاص الحديد حتى ولو توفرت الكفاية منه في الطعام؛ وهذا يحصل غالباً بسبب استئصال جزء من المعدة (راجع قرحة المعدة ص 585 وسرطان المعدة ص 587).

الثالث: هو أن مستودعات الحديد في الجسم قد تنضب بسبب نزف الدم وهذا هو السبب الأشيع. فإذا كان فقد الدم ناجماً عن مشكلة مؤقتة فإن مستودعات الحديد تعود لترميم نفسها مع الوقت. كما أن الكثير من النساء يعانين من دورات شهرية غزيرة قد تحدث نضوباً تدريجياً في مستودعات الحديد. وفي حالات أخرى، ربما يحصل فقدان الدم في السبيل المعوي، وهذا النوع من فقد الدم بالمقادير الكافية يمكن أن يجعل البراز قاتماً أو مدمى، أما إذا كان فقدان الدم هنا بسيطاً فقد لا تتواجد أية علامة تدل على النزف، ومن بين الأسباب الأشيع لفقد الدم في السبيل الهضمي، التهاب المعدة (ص 584)، قرحة المعدة (ص 585)، قرحة العفج

(ص 590)، سرطان المعدة (ص 587) سرطان المعي الغليظ (ص 610)، والبواسير (ص 611).

الأعراض: هي نفس الأعراض المميزة لأغلب أشكال فقر الدم: الضعف، الشحوب، التعب، اللهاث، وخفقان القلب.

المضاعفات: إن فقر الدم بعوز الحديد نادراً ما يؤدي إلى الموت، ومع ذلك فإنه يضعف مقاومة الجسم للإصابات والأمراض المختلفة، ويحد من النشاط.

العلاج: على المصاب بفقر دم أن يراجع الطبيب، ولا يحاول أن يعالج نفسه بنفسه، فقد يتمكن الطبيب من تشخيص مرض جدّي عنده ولكنه قابل للعلاج، أدى لحدوث فقر الدم. يعتمد التشخيص على فحص الدم مخبرياً، وربما يتطلب الأمر إجراء مزيد من الاختبارات التي تشمل قياس سوية الحديد في الدم وفحص نقي العظام، وتقصي الدم في الغائط، وإذا اكتشف الطبيب وجود نزف في السبيل الهضمي فإن اختبارات أخرى قد تكون ضرورية مثل التنظير الباطني وحقنة الباريوم (Barium enema) (راجع التعريف ص 9).

يعالج هذا المرض بمعالجة السبب الكامن لحدوثه، ويعالج فقر الدم بحد ذاته، بتناول أقراص الحديد، التي ربما تسبب عسر هضم أو إزعاجاً معدياً أو معوياً، ولتجنب ذلك تؤخذ الأقراص مع الطعام أو بعده مباشرة، ويجب التقيد بالجرعة الموصوفة (والمريحة)، كما يمكن أخذ الحديد حقناً بالعضل أو بالوريد. يزول فقر الدم عادة بعد عدة أسابيع من المعالجة. أما إذا كان فقر الدم شديداً، أو إذا كان يجب تصحيحه بسرعة نوعاً ما، فقد يضطر الطبيب أن ينقل للمصاب كميات من الدم الطازج بالسرعة التي تتطلبها الحاجة.

بعد أن يتم التخلص من فقر الدم، فإن الطبيب ربما ينصح بمتابعة تناول الحديد لمدة ستة أشهر أخرى، وذلك لكي ترمم مستودعات الحديد في الجسم. أما إذا كان سبب فقر الدم هو أن الطعام فقير بالحديد، فإن الطبيب سينصح بتناول الغذاء المناسب تفادياً لعودة حالة فقر الدم من جديد.

فقر الدم الناتج عن مرض مزمن (Anemia of chronic disease)

غالباً ما يترافق هذا النوع من فقر الدم مع أمراض أخرى. فالاضطرابات التي غالباً ما تسبب هذا النوع من فقر الدم تشمل التهاب المفصل الرثياني (ص 720) والتهاب الكبد (ص 616) والسل (ص 739)، كما يمكن أن يحدث فقر الدم هذا لدى أي شخص يشكو من خمج حاد كذات الرئة (ص 427).

إن أعراض فقر الدم هنا هي نفس أعراض الأشكال الأخرى من فقر الدم، بالإضافة إلى أعراض المرض المستبطن، ولا يمكن معالجة هذا النوع من فقر الدم إلا بنقل دم للمصاب. ويمكن أن تتحسن الحالة فقط عندما يتحسن المرض الأساسي المسبب لفقر الدم أصلاً.

فقر الدم بسبب نقص فيتامين (B12) ونقص حمض الفوليك
(B12 Deficiency anemia and folic acid deficiency)

يتم إنتاج خلايا الدم الحمراء في نقي العظام، ويعتمد هذا الانتاج، بشكل رئيسي، على نوعين من المكونات هما: فيتامين (ب 12) وحمض الفوليك، وهذان المكونان يمتصهما الجسم من الأطعمة التي يتوافران فيها (راجع جدول الفيتامينات ص 635). فإذا لم يحصل المرء على كمية كافية منهما فإن عملية إنتاج خلايا الدم الحمراء لا تتم، وبالتالي تكون الخلايا الحمراء المتشكلة ناقصة ومعيبة مما يؤدي، في النهاية، إلى فقر دم ناتج عن نقص المكونين المذكورين (وهو أحد أنواع فقر الدم).

عادة، يتوفر فيتامين (ب 12) بكميات كافية في الغذاء الجيد المتوازن الذي يتناوله أي إنسان في مجتمعنا، وفي نفس الوقت يقوم الكبد بتخزين احتياطي منه، فإذا عجز الجسم لسبب ما عن امتصاص هذا الفيتامين، أو إذا كان الغذاء، أصلاً، لا يحوي مقداراً كافياً منه، فإن المخزون الاحتياطي الموجود في الكبد سينفد وسيصاب المرء بفقر دم.

يمتص فيتامين (ب 12) في القسم الأسفل من المعي الدقيق بعد أن يكون قد اتحد في المعدة مع مادة خاصة تُعرف بالعامل الداخلي المنشأ الذي تفرزه بطانة المعدة. ولكن عند بعض الأشخاص، ولأسباب غير مفهومة تماماً، تتوقف بطانة المعدة عن إفراز هذا العامل بكميات كافية، وبدونه فإن الجسم لا يمتص كمية كافية من هذا الڤيتامين، وهذا النوع هو أكثر الأنواع شيوعاً من نقص ڤيتامين (ب 12)، ويسمى فقر الدم، في هذه الحالة، **بفقر الدم الوبيل** (Pernicious anemia).

إن الأشخاص الذين أجريت لهم عملية جراحية في السبيل الهضمي، قد يصبحون غير قادرين على امتصاص ڤيتامين (ب 12)، وربما غيره من الڤيتامينات أيضاً، كما أن هناك أسباباً أخرى مختلفة تحول دون امتصاص الجسم ما يكفيه من فيتامين (ب 12).

أما نقص حمض الفوليك فينشأ عادة عن عدم توفر كميات كافية منه في الغذاء، حيث يوجد هذا الحمض بشكل رئيسي في الخضراوات ذات الأوراق الخضراء، في حين أن الجسم لا يستطيع أن يدخر أي احتياطي منه، لذلك فإن أي نقص في الوارد منه يمكن أن يؤدي، خلال بضعة أسابيع، إلى نوع من فقر الدم الناتج عن نقص حمض الفوليك. والذين يشكون من الزرب اللاإستوائي، (ص 599) لديهم استعداد لهذا المرض، لأن سبيلهم الهضمي لا يستطيع أن يمتص كميات كافية منه حتى لو كان غذاؤهم يحتوي على كميات وفيرة منه. وأخيراً، هناك بعض الأشخاص الذين هم بحاجة متزايدة لكميات إضافية من حمض الفوليك مما يمنحهم إياها غذاؤهم العادي.

الأعراض: أعراض هذين النوعين من فقر الدم هي نفس أعراض أي نوع آخر من فقر

الدم بشكل عام، إلا أن أعراض نقص ڤيتامين (ب 12) هي أكثر خطورة لأنه ڤيتامين حيوي لصيانة الجهاز العصبي ولإنتاج خلايا الدم الحمراء، ولذلك فإن نقصه يسبب أذىً للدماغ وللنخاع الشوكي مما يحدث أعراضاً إضافية تتضمن: شحوباً في اللون، تعباً، لهاثاً، وخفقاناً في القلب خصوصاً عند بذل جهد جسمي. وفي كلا الاضطرابين يمكن أن يتقرح الفم أو اللسان، كما يمكن أن يصبح الجلد أصفر، وإذا تأثر النخاع الشوكي فقد يصبح المصاب غير قادر على المشي أو على الحفاظ على توازن جسمه بشكل صحيح، وقد يشعر بنخز مستمر في اليدين والقدمين، وربما يعاني أيضاً من فقدان الذاكرة والتخليط والاكتئاب.

فقر الدم الوبيل بسبب نقص ڤيتامين (ب 12) هو أكثر أنواع فقر الدم شيوعاً، ويصيب الرجال والنساء بنسب متساوية، ولكن نادراً ما يُصاب به المرء قبل سن الأربعين. وإن كان أحد أقربائك المقربين يعاني من هذا الاضطراب فإن احتمال إصابتك به يكون أكبر. أما فقر الدم بسبب نقص حمض الفوليك فهو مرض شائع نوعاً ما أكثر من فقر الدم بسبب نقص ڤيتامين (ب 12)، وهو يصيب كبار السن الذين يعيشون على غذاء بسيط فقير، وربما يحصل أحياناً للنساء الحوامل اللواتي هن بحاجة لإمدادات إضافية من هذا الحمض لتحسين صحة الجنين، هذا الاضطراب شائع بشكل خاص في حالات الإدمان على الكحول، لأن الكحوليين لا يأكلون على الأغلب بشكل صحيح.

المضاعفات: إذا عولج فقر الدم الناتج عن نقص حمض الفوليك، أو نقص فيتامين (ب 12)، فمن المحتمل أن يكون الشفاء تاماً، أما إذا لم تكن المعالجة فورية، فمن المحتمل أن يحدث أذى دائم في النخاع الشوكي، وإلى حد ما أقل، تلف عقلي دائم، لا عكوس.

العلاج: على المصاب بأعراض فقر الدم مراجعة الطبيب، خاصة إذا تأثرت حركته أو توازنه، أو ذاكرته أيضاً، وإذا كان أحد أقربائه المقربين مصاباً بفقر الدم الوبيل عليه إخبار طبيبه بذلك.

يمكن أن تبين فحوصات الدم وجود إصابة بنقص هذين المكونين أم لا. أما إذا كان النقص في أحدهما فيمكن، عادة، تحديد السبب الكامن بإجراء فحوصات أخرى.

إذا فُقدت القدرة على امتصاص ڤيتامين (ب 12) من السبيل الهضمي فإنه لا يمكن استعادة هذه القدرة ثانية، أبداً. وتكون معالجة فقر الدم الوبيل والأنواع الأخرى من نقص فيتامين (ب 12) بإعطاء حقن من هذا الڤيتامين طوال الحياة، وبشكل منتظم، وعدم ترك أية واحدة منها أبداً، وإلا تعود أعراض فقر الدم للظهور بسرعة.

تستغرق مشاكل المشي وعدم التوازن عدة شهور كي تتحسن، أما إذا أهملت لمدة طويلة، قبل البدء بالعلاج، فإنها لن تتحسن بعد ذلك بشكل كامل.

أما نقص حمض الفوليك الناتج عن تناول غذاء غير مناسب فيمكن الشفاء منه بشكل كامل. ففي البداية ربما يصف الطبيب حبوباً من حمض الفوليك وبعدها سيطلب الحرص بشكل

دائم على احتواء الغذاء على كميات كافية من هذا الحمض (راجع الجدول ص 635). وإذا كان نقص هذا الحمض ناتجاً عن إخفاق في امتصاص كميات طبيعية منه، أو بسبب وجود حاجات متزايدة له، فقد يصف حبوباً أخرى لتتناولها لمدة غير محدودة.

تسمم الدم

ليس تسمم الدم (الإنتانمية ـ Septicemia) مرضاً مفرداً، بل هو حالة ناتجة عن انتشار خمج جرثومي في الجسم. فالسم في هذه الحالة إما هو الجراثيم التي سببت الخمج أو مواد سامة تدعى الذيفانات (Toxins) التي تصنعها الجراثيم، حتى إن خمجاً بسيطاً كدملة (ص 259)، أو جرحاً صغيراً ملوثاً يؤدي إلى مرور بعض الجراثيم إلى مجرى الدم، كما أن الكثير من الإجراءات السنية، كقلع الأسنان، فإنها تمرر الجراثيم إلى داخل الدم، فيقوم الجسم السليم بتحطيم هذه الجراثيم بشكل طبيعي. أما في حالة الخمج الشديد، كالتهاب الكلية والحويضة (ص 644)، فإن مستوى الجراثيم أو الذيفانات في الجسم يكون أعلى مما هو عليه في معظم الأمراض الأخرى، وهذا يسبب حمى، رجفاناً، تعباً، فقدان شهية للطعام وشعوراً بالاعتلال بشكل عام.

إن أخذ المضادات الحيوية يساعد الجسم في دفاعه الطبيعي لمقاومة خمج كهذا، كما يمكن لفحص الدم أن يحدد نوعية الكائنات الحية الخامجة مما يساعد على اختيار المضاد الحيوي الصحيح.

من المهم جداً استشارة الطبيب لعلاج أخماج المسالك البولية، وأخماج الجروح والحروق من الدرجات الأولى، لأن الجراثيم تميل لمهاجمة مجرى الدم في هذه الحالات، وإن أعداداً كبيرة منها و/أو ذيفانات ما في الدم يمكن أن تسبب صدمة إنتانية (ص 467). فقد يحصل للمصاب عرواءات شديدة، مع شحوب الجلد ويصبح الجسم بارداً ورطباً ودبقاً. وتترافق هذه الحالة مع انخفاض خطير في ضغط الدم، ويبدأ هذا، عادة وليس دائماً، من أخماج في موقع ما في الجسم، وتذكّر أن هذا الأمر خطير جداً، لذا، عليك أن تحصل على مساعدة طبية فورية.

فقر الدم المنجلي (Sickle-cell anemia)

هو مرض وراثي تحتوي فيه خلايا الدم الحمراء على خضاب شاذ يدعى (خضاب ـ إس) (Hemoglobin-S) . لا تحوي خلايا الدم الحمراء عند المصابين بهذا المرض خضاباً طبيعياً بل تحوي خضاب (إس) فقط لأنهم يكونون قد ورثوا جينة (Gene) الخلية المنجلية عن كل من أبويهم. ويجب تمييز هذه الحالة عن حالة الخَلَّة المنجلية (Sickle-cell trait) التي يرث فيها الإنسان خلية منجلية واحدة من أحد الأبوين، ففي هذه الحالة تحمل خلايا الدم الحمراء خضاب دم (هيموغلوبين) نصفه طبيعي والنصف الآخر يكون خضاب (إس) (هيموغلوبين S)، وبالتالي تكون صحة هذا الشخص طبيعية. وبالإضافة إلى ما يفعله الخضاب (إس) من انحلال دم (Hemolysis) وتدمير لخلايا الدم الحمراء قبل أوانها، فإنه يسبب تشويه شكل خلايا الدم الحمراء عند الأناس المصابين بفقر الدم المنجلي، فتصبح مشوهة أو منجلية الشكل، وخصوصاً في بعض أجزاء من الجسم التي تكون فيها نسبة الأكسجين منخفضة نسبياً. وعندئذٍ

فإن خلايا الدم الشاذة هذه لا تتدفق بيسر عبر الشعيرات أو الأوعية الدموية الأصغر، بل قد تسدها الأوعية وتمنع الدم من الوصول إلى الأنسجة، مما يسبب عوز الأكسجين أو نقصاً في الأكسجين، مما يزيد حالة التمنجل سوءاً. إن هجمات من هذا النوع والتي تسمى نوبات (أو أزمات) الكرية المنجلية يمكن أن تكون مؤلمة جداً.

الأعراض: إن أعراض فقر الدم المنجلي نفس أعراض فقر الدم (ص 514) بالإضافة إلى احتمال حدوث نوبات الكرية المنجلية مما يسبب هجمات من الألم في العظام والبطن. وقد تحدث حالات تجلط دم في الرئتين والكليتين والدماغ وأعضاء أخرى كثيرة من الجسم.

تختلف شدة هذه النوبات من شخص لآخر، ومن المحتمل حدوثها خلال الأخماج، أو بعد حادث أو أذية، أو أثناء التخدير والجراحة إذا لم تؤخذ الاحتياطات الصحيحة.

إن كلا الخَلَّة المنجلية وفقر الدم المنجلي ليسا معروفين بشكل فعلي إلا عند أناس ذوي أصل أفريقي، وعند أشخاص من بعض المناطق في إيطاليا واليونان والهند والمناطق العربية، وإن هناك واحداً من كل ألف شخص أميركي أسود يحمل مرض فقر الدم المنجلي.

المضاعفات: في حالة الخَلَّة المنجلية، لا يوجد خطر فعلي، ولكن إذا تزوج رجل من امرأة يحمل كل منهما الخَلَّة المنجلية فإن فرصة إنجاب طفل يحمل فقر دم منجلي هي (25%). إن المصاب بفقر دم منجلي معرض لخطر المعاناة من نوبات مؤلمة، وشذوذات في نمو العظام وخمج حاد من جراثيم معينة. إن نوبات الكرية المنجلية الشديدة يمكن أن تؤذي أعضاءً كثيرة في الجسم وذلك بإضعاف تدفق الدم إليها، وهذه الأذية ربما تؤدي إلى الموت أحياناً بسبب قصور في القلب (ص 460) أو قصور كلوي (ص 658) أو السكتة (ص 288).

العلاج: لدى مراجعة الطبيب فإنه يقرر وجود فقر دم منجلي أم لا، وخصوصاً إذا كان المرض معروفاً بسريانه في عائلة المصاب، وتحليل الدم يثبت وجود المرض أو ينفيه. يمكن تشخيص فقر الدم المنجلي (عند الجنين) أثناء الحمل بتحليل جيني لخلايا مأخوذة من عينات من الجنين (وهذا ما يُدعى الاعتيان المشيمي ـ Chorionic sampling) راجع (ص 841)، وأفضل وقت لأخذ هذه العينات وفحصها هو ما بين الأسبوعين السادس والثامن من الحمل، حيث يمكن إنهاء الحمل بشكل آمن إذا وجد أن الجنين مصاب بهذا المرض.

لا يوجد الآن علاج لمرض موروث كفقر الدم المنجلي، لكن يمكن معالجة أعراضه، فنوبات الألم الحادة تعالج بإعطاء المسكنات، ومن المهم جداً المحافظة على صحة جيدة، وإجراء معالجة فورية للأخماج والإصابات والأمراض الأخرى.

هناك بعض الاحتياطات الخاصة الضرورية قبل إجراء أي عمل جراحي بما فيها الجراحة السنية، كما يجب عدم السفر في طائرة لا ضغط فيها أو التواجد على ارتفاع أكثر من (2000) متر، وعلى الأقل يجب عدم فعل ذلك دون احتياطات أو توجيهات خاصة.

التّلاسيميَّة (Thalassemia)

إن عيباً موروثاً، في هذا الاضطراب، يمنع من تشكيل كميات طبيعية من خضاب الدم (أ) (Hemoglobine A)، وهو النوع الذي يوجد في خلايا دم الوليد الحمراء عندما يصبح عمره عدة شهور، وكتعويض جزئي عن هذا النقص الحادث فإن الخلايا تحتوي على الخضاب (و) (Hemoglobin-F)، وهو النوع الذي يوجد، عادة فقط، لدى الأطفال المولودين حديثاً. إن كمية صغيرة نسبياً من الخضاب (و) تتشكل عند البالغين ممن لديهم تَلاسيميَّة، مما يجعل خلايا دمهم الحمراء تحوي الخضاب بنسبة أقل من الطبيعي. بالإضافة لذلك، فإن معظم خلايا دمهم الحمراء المنتجة، في هذه الحالة، والتي تحوي الخضاب (و) تتدمر في نقي العظام وما بقي منها يعيش فقط لفترة قصيرة.

إن الشكل التام من هذا الاضطراب يسمى التلاسيمية الرئيسية، وهو يصيب فقط الذين ورثوا العيب الوراثي عن كلا والديهم، ونتيجة ذلك تكون الإصابة بفقر دم شديد. أما عندما يرث المرء العيب الوراثي عن أحد والديه فقط فإن نتيجة ذلك تكون إصابته بخلَّة تَلاسيميَّة نادراً ما تسبب أعراضاً أو ضعفاً في القدرة.

الأعراض: أعراض التلاسيميَّة الرئيسية مشابهة لأعراض فقر الدم الانحلالي (البحث التالي) وتتضمن شحوباً وتعباً وضعفاً ولهاثاً وخفقاناً أو تنبهاً متزايداً لضربات القلب، والطفل المصاب بهذا المرض يكون غير نشيط نسبياً وغير قادر على مجاراة أصدقائه في اللعب.

المضاعفات: الخَلَّة التلاسيميَّة شائعة أكثر من التلاسيميَّة الرئيسية بعدة مرات، وكلا النوعين شائع نسبياً لدى سكان البحر الأبيض المتوسط والشرق الأوسط والشرق الأقصى.

إن المصاب بالخَلَّة التلاسيميَّة ليس معرضاً للخطر، أما المصاب بالتلاسيميَّة الرئيسية فإنه يحتاج إلى نقل دم متكرر لمعالجة فقر الدم. هذا العلاج يؤدي في النهاية إلى تراكم عنصر الحديد في الجسم مما يضر بالكبد والقلب (يتوفر الآن علاج يجعل من الممكن إزالة الحديد من الجسم).

العلاج: إذا كان أحد أفراد عائلتك مصاباً بأي نوع من هذا الاضطراب، ولو حتى الخلة، وأنت تتوقع قدوم طفل جديد فراجع طبيبك بشأن إمكانية إصابته بهذا الاضطراب.

يمكن أن تشخص التلاسيميَّة أثناء الحمل بواسطة التحليل الجيني لخلايا منزوعة من الجنين بواسطة الاعتيان المشيمي (ص 841)، وأفضل وقت لإجراء هذا العمل هو ما بين الأسبوع السادس والثامن من الحمل، حيث يمكن إنهاء الحمل بشكل سليم إذا كان ذلك ضرورياً.

إن عمليات نقل الدم المنتظمة التي تجرى للمصاب، خلال حياته، تخلصه من أعراض فقر الدم. وأصبح الآن من الممكن استعمال، فقط، خلايا الدم الحمراء الطازجة (الشابة) في

نقل الدم مما يساعدها على العيش لمدة أطول، وبذلك يمكن إنقاص عدد عمليات نقل الدم. في نفس الوقت يحتاج المصاب أيضاً لدواء يخلص جسمه من التأثيرات الجانبية لعمليات نقل الدم المتكررة، خاصة من تراكم كميات كبيرة من الحديد.

فقر الدم الانحلالي (Hemolytic anemia)

إن انحلال الدم هو اضطراب تتدمر فيه خلايا الدم الحمراء بشكل مبكر وقبل أوانها، وعندما يحدث هذا فإن الجسم يحاول تعويض هذه الخلايا المدمرة بإنتاج خلايا جديدة بسرعة أكبر، فإذا زادت نسبة الخلايا المدمرة عن الخلايا المنتجة فإن هذه الحالة تدعى فقر الدم الانحلالي.

يمكن أن يكون الانحلال وراثياً، وعندها توجد الحالة منذ الولادة أو بعد فترة قصيرة منها، أو ربما تحدث مؤخراً في فترة لاحقة من الحياة. في حالات انحلال الدم الوراثي، يحدث هذا الانحلال بسبب خلل في إنتاج خلايا الدم الحمراء، يؤدي إلى إنتاج كريات دم حمراء شاذة الشكل تعيش مدة أقصر من المدة الطبيعية.

هناك بعض العقاقير تضر بخلايا الدم الحمراء وتؤدي إلى انحلال دم وفقر دم انحلالي. يحدث هذا عندما يرث الإنسان نوعاً معيناً من الشذوذ يهيج أو يثير فقر الدم عند تناول دواء معين أو عند حدوث بعض الأخماج، عندئذٍ تصبح خلايا الدم الحمراء أقل قدرة على حماية نفسها ضد ردود الفعل الكيميائية الناتجة عن دواء أو خمج ما وبالتالي فإنها تتدمر.

هناك نوع واحد من فقر الدم الانحلالي المكتسب يحدث عندما ينتج الجسم أضداداً (Antibodies)، لتحميه بشكل طبيعي من الأخماج، فتقوم هذه الأضداد، في الوقت نفسه، بمهاجمة خلايا الدم الحمراء. كما يحدث انحلال الدم أيضاً عندما ينتج الجسم أضداداً ضد خلايا الدم الحمراء الموجودة في دم منقول مؤخراً للمصاب. وأخيراً يمكن أن تتحطم خلايا الدم الحمراء بعد أن تتضرر من صمامات القلب الاصطناعية، ومن جدران أوعية دموية شاذة، أو من بعض أنواع الذيفانات (كسموم بعض أنواع الأفاعي).

نادراً ما يكون مرض فقر الدم الانحلالي مميتاً على الرغم من أن بعض أشكاله تستعصي معالجتها.

الأعراض: الشحوب والتعب واللهاث والخفقان أو رفرفة القلب وخاصة عند الإجهاد هي أعراض فقر الدم الإنحلالي الأساسية، بالإضافة إلى ذلك ربما يصبح الجلد أصفر اللون وربما يحوي البول صباغاً دموياً، ونتيجة لذلك يصبح لونه قاتماً أكثر من الطَّبيعي. وإذ استمرت خلايا الدم الحمراء بالتحطم والتحلل قبل أوانها لسنوات عديدة فستتشكل، على الأغلب، حصيات في المرارة (ص 622).

العلاج: العلاج الرئيسي لفقر الدم الانحلالي الوراثي هو استئصال الطحال (Spleen) ، لأن الطحال يحطم كريات الدم الحمراء، عندما تبدأ بالاهتراء، لذلك فإن استئصاله يحسن حالة فقر الدم الناتجة ولكنه لا يشفيها.

أما حالات فقر الدم الانحلالي الناتجة عن تناول عقاقير أو أطعمة ما فإنها تعالج بإيقاف هذه العقاقير وعدم تناول تلك الأطعمة، والحالات الأخرى الناتجة عن الأضداد يمكن علاجها باستعمال عقاقير خاصة يصفها الطبيب، كما أنه لا بد من إجراء عمليات نقل دم للمصاب بهذا المرض كلما دعت الحاجة إلى ذلك.

- 2 -

النزف والتكدم (Bleeding and bruising)

يحدث النزف عندما يتضرر وعاء دموي، فإذا كان هذا الوعاء داخلياً فإن الدم يتسرب إلى النسيج المحيط به وتتشكل كدمة (Bruise)، بينما عندما تكون الأوعية الدموية الدقيقة قرب سطح النسيج، كما هو الحال في أغشية الأنف، فإن أي أذية خفيفة جداً أو تهييج خفيف قد يسبب نزفاً.

إن النزف الطفيف لا يسبب أذىً لمعظم الناس لأن الجسم سرعان ما يوقفه بوسائله الخاصة وفق ثلاثة آليات رئيسية تعمل مع بعضها البعض. فالأوعية الدموية المجاورة للنزف تتقلص وتحد من جريان الدم إلى منطقة الجرح، وتتجمع الصفيحات الدموية، في منطقة الأذية، إلى بعضها البعض وتلتصق بجدران الوعاء لتشكل سدادة، وبالإضافة إلى ذلك، تتشكل ألياف متداخلة من مادة معينة تسمى ليفين (Fibrin) في منطقة الأذية، ومن ثم فإن الخلايا الدموية تنحجز في شبكة الليفين وتشكل جلطة تسد الجرح وتوقف النزف.

في حالة الأمراض التي تسبب نزوفاً غير طبيعية، فإن واحدة أو أكثر من هذه الآليات، التي توقف نزف الدم وتحول دون فقدانه، لا تعمل بشكل صحيح. فنزف من جرح قاطع - الذي من المفروض أن يتوقف بشكل طبيعي خلال خمس أو عشر دقائق - ربما يستمر لساعات أو حتى لأيام، والأذيات البسيطة قد تسبب تكدماً واسعاً، ويمكن أن تحدث نزوفاً داخلية أو ضمن المفاصل مما قد يسبب ألماً حاداً ويؤدي في النهاية إلى ضرر مُقعد.

الناعور (Hemophilia)

إن مرض الناعور هو المرض الأكثر شهرة بين أمراض النزف، وعلى الرغم من أنه الأكثر شيوعاً بين هذه الأمراض كلها إلا أنه نادر المشاهدة إلى حد ما. في هذا الاضطراب هناك نقص مميز في كمية البروتين (Protein) المسمى الغلوبولين المضاد للناعور (Anti-hemophilic globulin) أو العامل الثامن في الدم، هذا العامل حيوي في آلية تجلط الدم.

بسبب الطريقة التي يورث بها الناعور، فإن الذكور فقط هم الذين يصابون بالمرض، ولكنه ينتقل من جيل لآخر بواسطة الإناث الحاملات للمرض (Female carriers) . ففي الولايات المتحدة يوجد ذكر واحد من كل عشرة آلاف (1/ 10000) مصاب بالناعور، وحوالي (75%) من الحالات لها تاريخ عائلي بهذا المرض، ولكن في الحالات المتبقية فإن المصاب بالناعور بدون تاريخ عائلي يكون قد أصيب بسبب طفرة أو تغيير عفوي (تلقائي) في جينات أمه وليس في جيناته.

الأعراض: تظهر الأعراض عادة في مرحلة الطفولة حالما يصبح الطفل المصاب نشيطاً، إذ تحصل عنده كدمات على ركبتيه ومرفقيه بعد كل زحف، وتنزف جروحه لفترة طويلة، وأحياناً يسبب النزف الداخلي الناتج عن السقوط كدمات كبيرة وعميقة، وهذه بدورها يمكن أن تسبب انتباجاً وألماً في مكان الإصابة لعدة أيام. تؤدي النزوف المتكررة في مفاصل الطفل وتراكم الأنسجة المتقرحة فيها إلى تيبسها بشكل يحد من حركته، مع العلم أن هناك اختلافات كبيرة في كمية النزف من مريض لآخر.

المضاعفات: انخفضت، بشكل كبير، مخاطر الناعور بسبب المعالجة الفعالة المطبقة في هذه الأيام، وعلى أية حال تبقى الأذية الشديدة خطيرة بشكل خاص لكل مصاب بالمرض. وعلى المصاب بهذا الاضطراب أن يتخذ كامل الاحتياطات الضرورية قبل إجراء أية عملية جراحية حتى ولو كانت عملية قلع سن.

العلاج: إذا كنت من عائلة مصاب أحد أفرادها بمرض الناعور فعليك أن تكون مهتماً في ذلك، وأن تستشير الطبيب قبل الإقدام على تأسيس عائلة خاصة بك، وكذلك الحال إذا ظهرت عندك أعراض الناعور فلا تتأخر في مراجعة الطبيب.

وإذا كنت ذكراً بالغاً وتلاحظ أنك تصاب بالكدمات أو تنزف بطريقة تبدو شاذة لك، فعليك مراجعة الطبيب أيضاً. وعلى كل مصاب بالناعور أن يحمل، بشكل دائم، بطاقة خاصة به، تصف حالته، وما الذي يجب عمله فوراً إذا تعرض لأي حادث مفاجئ.

العلاج الذاتي: على المصاب بمرض الناعور، حتى لو كان متوسط الشدة، عدم إجراء أي نشاطات يمكن أن تؤدي إلى أية أذية ثانوية بسيطة. وهذا يعني أن يتجنب كل الحركات والأعمال التي يمكن أن تؤذيه جسمياً، وقد ينصح بإجراء تمارين إفرادية كالجري أو السباحة. ولكن باعتدال وانتباه، كما ينصح بعدم تناول الأسبرين أبداً لأنه يزيد من احتمال النزف. ويجب أن يكون عارفاً بأي جهة يتصل أو إلى أي جهة يلجأ إن تعرض لنزف مفاجئ أو تكدم شديد. أما الطفل المصاب، فيجب وقايته من اللعب بشكل قد يؤدي إلى إصابته بأي جرح. وجعله يمارس الألعاب والنشاطات التي لا تؤذي جسمياً ومراقبته بشكل دائم.

العلاج الاختصاصي: يعالج الناعور بتسريب شكل مركز من العامل الثامن (عامل التجلط المفقود عند المصاب) إلى الوريد، واعتماداً على شدة النزف وموضعه في الجسم، من

الضروري على الأغلب أن يستمر نقل هذا العامل وبانتظام لمدة خمسة أو عشرة أيام بعد كل نزف.

التوقعات على المدى البعيد: إن مرض الناعور هو من الأمراض الموروثة، ولذلك تنصح النساء المعروف من تاريخ عائلاتهن وجود هذا المرض فيها، واللاتي يخططن لإنجاب أطفال، أن يستشرن اختصاصياً بعلم الوراثة حيث يمكنه غالباً تأكيد وجود هذه الجينة المعيبة، التي تسبب الناعور، عندهن أم لا.

قلة الصفيحات (Thrombocytopenia)

تلعب الخلايا الدموية، المعروفة بالصفيحات، دوراً حيوياً في آليات الجسم التي توقف النزف، ففي حالة قلة الصفيحات (ثلث العدد الطبيعي أو أقل) تؤدي الجروح أو النزوف إلى استمرار النزف مدة أطول من الطبيعي.

إن سبب قلة الصفيحات، عادة، هو تشكيل الجسم لأجسام ضدية (Antibodies) (مواد كيميائية حيوية وقائية بشكل طبيعي) تهاجم الصفيحات الطبيعية فتتلفها ثم تنزع (هذه الصفيحات التالفة) من مجرى الدم بنسبة عالية. هذا النوع من قلة الصفيحات يعرف بفرفرية نقص صفيحات مناعية (Immune thrombocytopenic purpura) (ITP) وهي اضطراب مجهول السبب. كما يمكن أن تحدث قلة الصفيحات بسبب بعض العقاقير التي تحد من إنتاجها في نقي العظام. وقد تحدث وبشكل نسبي، عند الأشخاص الذين يتلقون معالجة شعاعية (Radiation therapy) أو معالجة كيميائية (Chemotherapy) لعلاج السرطان، وربما تحدث أيضاً كعرَض من أعراض اضطرابات الدم كابيضاض الدم (البحث التالي). وربما ينقص عدد الصفيحات عند إعطاء دم لعدة مرات في فترة زمنية قصيرة أثناء عملية جراحية كبيرة (مثلاً)، أو عندما يحصل نزف شاذ غير طبيعي وتجلط دم مع اضطراب آخر.

الأعراض: أهم عرض في مرض قلة الصفيحات هو ظهور طفح جلدي يتكون من نقاط حمراء غامقة ونقاط حمراء لامعة دقيقة. هذه النقاط هي عبارة عن باحات نزفية دقيقة في الجلد. يمكن أن يظهر الطفح على أي جزء من الجلد، ويبدأ غالباً على الساقين، وفي أي مكان آخر من الجلد يحدث فيه تهيج. ومن أعراض قلة الصفيحات أيضاً النزف من الأنف وظهور كدمات على الجسم، وهذان يعتبران من الأعراض الشائعة. كما تطول فترة النزف، أكثر من الحد الطبيعي، من أي جرح بسيط طارئ، كما تحدث النزوف الداخلية عندما يكون عدد الصفيحات قليلاً.

العلاج: في حال حدوث أي طفح جلدي خاص، أو حدوث أي نزف شاذ، يراجع الطبيب في الحال، وهو سيطلب إجراء فحص لعينة من الدم ليعلم عدد الصفيحات فيه بدقة. وحسب حالة المصاب والسبب الذي أدى إلى حدوث الحالة ربما يطلب فحصاً لنقي عظامه

ليقرر فيما إذا كان يصنع الصفيحات أم لا ، وعلى الأرجح سيوقف كل العقاقير التي يستعملها. أما إذا كانت الإصابة ناتجة عن وجود الأضداد (الأجسام الضدية) في الدم فإنه سيصف علاجاً بالعقاقير الستيروئيدية ليخفف من تلف الصفيحات بسبب هذه الأضداد، وهذا سيساعد على ارتفاع عدد الصفيحات في الدم من جديد. وعلى الأغلب، يتحسن هذا المرض أو يختفي بعد عدة أسابيع. أما إذا لم تتحسن الحالة بشكل كافٍ فسينصح الطبيب باستئصال طحال المصاب، لأنه عندما يكون في وضعه الطبيعي يدمر الخلايا الحمراء المهترئة، ولكن إذا تضخم وأصبح مفرط النشاط فإنه يدمر الصفيحات أيضاً، ويحول دون الشفاء بسرعة، أما إذا كانت قلة الصفيحات ناتجة عن سوء أو تدني إنتاج الصفيحات في نقي العظام، أو بسبب فقدان الدم الناتج عن النزف أو عن التجلط الشاذ، فقد يحتاج المصاب إلى عمليات نقل صفيحات.

ـ 3 ـ

ابيضاض الدم (اللوكيميا) (Leukemia)

ابيضاض الدم هو ببساطة سرطان خلايا الدم البيضاء. ففي الحالة الطبيعية يكون عدد خلايا الدم البيضاء المنتجة يساوي عدد الخلايا التي تهترئ وتموت كجزء من العملية الطبيعية لتجديد الخلايا في الجسم، وهذا يحافظ على العدد الإجمالي لخلايا الدم البيضاء ويجعله ثابتاً. أما في حالة ابيضاض الدم فإن خلايا الدم البيضاء تتكاثر غالباً بسرعة متزايدة وتشكل كريات دم شاذة. ومن المهم معرفة أن الخلايا المتسرطنة تميل إلى العيش فترة أطول من تلك الخلايا الطبيعية؛ وبهذا فإن الخلايا الشاذة تزداد تدريجياً أو سريعاً مما يسبب تراكماً متزايداً من الخلايا المتسرطنة في كل أنحاء الجسم. وغالباً ما تتدخل هذه الخلايا في وظائف الأعضاء المختلفة؛ مع أنها لا تستطيع التعامل بشكل فعال، مع العناصر الخامجة، كالجراثيم، كما تفعل الخلايا الدموية البيضاء الطبيعية.

يوجد نوعان رئيسيان من ابيضاض الدم، وهما يصيبان أنواعاً مختلفة من خلايا الدم البيضاء.

ـ **النوع الأول**: ابيضاض الدم اللمفاوي (Lymphocytic leukemia) وهو عبارة عن لمفومات لاهودجكن (ص 536) و/أو الخلايا التي تنشأ منها.

ـ **النوع الثاني**: ابيضاض الدم النقوي (Myelogenous leukemia) (أو ابيضاض المحببات Granulocytic leukemia) وهو سرطان الخلايا التي تنشأ منها المحببات (Granulocytes).

إن كلا النوعين من اللوكيميا (ابيضاض الدم) يمكن أن يكون حاداً أو مزمناً. واللوكيميا اللمفاوية الحادة تصيب، بشكل رئيسي، الأطفال، وقد تم مناقشة هذا الموضوع في (اللوكيميا عند الأطفال ص 909).

ابيضاض الدم النقوي الحاد (Acute myelogenous leukemia)

يسمى هذا المرض أيضاً ابيضاض المحببات الحاد (Acute granulocytic leukemia) وهو ينتج عن تغير خبيث ومهدد للحياة في الخلايا التي تنتج المحببات (Granulocytes) ، وهي أحد أشكال خلايا الدم البيضاء التي تُصنَّع في نقي العظام (Bone marrow)، فتتكاثر المحببات الابيضاضية الخبيثة بشكل عشوائي، وتعيش فترة أطول من الخلايا الطبيعية، وبسبب تزايد أعدادها فإنها تهاجم نقي العظام وتدمر إنتاج خلايا الدم الحمراء والمحببات الطبيعية والصفيحات، ثم تبدأ المحببات المتسرطنة بالدخول إلى مجرى الدم وتتزايد أعدادها بسرعة نوعاً ما، ثم تهاجم الأعضاء والأنسجة وخصوصاً الطحال والكبد مما يؤدي إلى تضخمهما.

الأعراض: الأعراض المبكرة الشائعة لابيضاض الدم النقوي الحاد هي: التعب، الإصابة بالاخماج (وخصوصاً في الفم والحنجرة)، الحمىٰ، تقرحات الفم واللثة والشفاه وميل الجسم إلى التكدم والنزيف، وقد تشاهد أعراض فقر الدم.

يحدث هذا المرض، على الأغلب، بشكل مفاجئ وتظهر أعراضه، بشكل واضح، خلال أسبوع إلى أسبوعين، ولكن أحياناً تظهر بشكل تدريجي خلال شهرين أو ثلاثة. ربما يحصل لدى إنسان مسن ما يسمى بابيضاض الدم الكامن حيث يكون هجوم المرض، في هذه الحالة، بطيئاً في البداية مما يسمح بتأجيل العلاج عادة.

المضاعفات: في حال عدم علاج ابيضاض الدم النقوي الحاد، فمن الممكن أن تكون الإصابة مميتة بشكل سريع، وفي بعض الأحيان يحصل ذلك خلال عدة أسابيع. ومع هذا فإن العلاج الفوري بغرس نقي العظم يقدم فرصة وحيدة للشفاء في حالات كثيرة.

إن المخاطر الرئيسية لهذا الشكل من ابيضاض الدم هي حدوث أخماج حادة (بسبب انخفاض مقاومة الجسم للعوامل الخامجة)، ونزيف شديد.

العلاج: يراجع الطبيب، في الحال، إذا ظهر أي من الأعراض السابقة الذكر، عند أي شخص، وهو سيطلب منه إجراء فحوصات دم وأخذ خزعة من نقي عظامه لفحصها مجهرياً لتقرير وجود المحببات الابيضاضية الخبيثة فيه. وحالما يثبت وجود المرض فإنه من المفروض أن يدخل المصاب مركزاً طبياً متخصصاً حيث يجرى له عمليات نقل دم ويعطى مضاداً حيوياً للتخفيف من احتمالات حدوث الأخماج. أما إذا حدثت الأخماج فعلاً فمن الممكن تحديد هوية العامل الخامج وإعطاء الدواء الفعال ضده بشكل حقن داخل الوريد. وربما تكون عمليات نقل المحببات الطبيعية ضرورية، وتجرى عادة عمليات نقل صفيحات لتجنب النزف (راجع البحث السابق).

لقد تحسنت نتائج معالجة هذا النوع من ابيضاض الدم بشكل فعلي، وذلك بطريقة غرس نقي العظام. فغريسة النقي هذه بخلاياها السليمة، تحل محل الخلايا المريضة، وهي تؤخذ عادة من قريب حميم للمريض كالأخ أو الأخت أو الأب.

إن أول مراحل هذه المعالجة هي استعمال عقاقير سامة للخلايا (Cytotoxic) (ضد السرطان) للتخلص من معظم الخلايا الابيضاضية في الدم ونقي العظام، وبعد عدة أسابيع، من البدء بهذه المعالجة، من المفروض أن يستعيد المصاب صحته الطبيعية، إنما عليه أن يستمر بالعلاج وإلا فإن سكون المرض سيكون لفترة قصيرة فقط ثم سيعاود نشاطه من جديد.

المرحلة الثانية من العلاج هي إيجاد معطٍ مناسب لنقي العظام ممن تكون نوع أنسجته مشابهاً جداً لأنسجة المريض، والمرشح الأكثر احتمالاً لهذا الأمر هو الأخ (أو أي قريب حميم). وكل ما على المعطي أن يعطيه، هو مقدار صغير، قدر ملعقة من الطعام، من نقي عظامه تنزع من واحدة من عظام الحويضة بواسطة إبرة خاصة. وعلى أي حال، قبل أن يستقبل المريض غريسة حديثة من نقي العظام، يجب أن يكون نقي عظامه قد خرب تماماً بواسطة الأشعة والعقاقير معاً، لتحاشي ردة فعل نوعَي النقي ضد بعضهما البعض.

بعد إجراء الغرس، فوراً، يصبح عملياً تعداد خلايا دم المريض البيضاء صفراً، ويفقد أي مقاومة ضد الأخماج، ولذلك يجب عزله تحاشياً لحدوث أي خمج (الذي ربما يكون مميتاً). وما أن يبدأ نقي العظام الجديد المغروس بإنتاج خلايا بيضاء بكميات كافية فلن يعود إجراء العزل ضرورياً لأن المريض يكون قد استعاد مقاومته الطبيعية للأخماج.

ومع غرس نقي العظام تصبح فرص الشفاء جيدة، فأكثر من (50%) من المرضى المصابين بابيضاض الدم النقوي الحاد عولجوا بهذه الطريقة وبقوا أحياء لمدة خمس سنوات على الأقل بعد عملية الغرس.

ابيضاض الدم اللمفاوي المزمن (Chronic lymphocytic leukemia)

يبدأ المرض عندما تصبح خلية لمفاوية (Lymphocyte) واحدة أو أكثر (وهي نوع من خلايا الدم البيضاء) خبيثة أو مهددة للحياة. فعوضاً عن نضوجها أو موتها بطريقة طبيعية، فإنها تتكاثر وتنتج أعداداً كبيرة من نفس نوعها، وهذه بدورها تتكاثر وتنتج خلايا ابيضاضية أكثر، وهكذا. وبعد فترة من الوقت، ربما عدة سنوات، تزدحم الخلايا الابيضاضية تدريجياً وتفوق الخلايا البيضاء الطبيعية في الغدد اللمفاوية، وتنقص قابلية قدرة الخلايا البيضاء السليمة على مواجهة الأخماج، وتفيض الخلايا الابيضاضية أيضاً من العقد اللمفاوية إلى مجرى الدم ومن هناك إلى الكبد والطحال ونقي العظام وإلى أجزاء أخرى من الجسم. وبسبب ارتفاع عدد الخلايا الابيضاضية في نقي العظام فإنها تزيد من قدرة النقي بشكل مستمر في إنتاج خلايا دموية أخرى، مما يؤدي إلى عدد من المشاكل كفقر الدم والاستعداد للاصابة بالأخماج والنزف.

الأعراض: في الفترة الأولى لا تبدو على المصاب بهذا المرض أية أعراض، وغالباً ما يُكتشف المرض أثناء إجراء فحص دم لأسباب أخرى. وفي بعض الحالات تكون العلامات الأولى للإصابة بالمرض هي تورم بعض العقد اللمفاوية في العنق، وفي الإبطين، أو في المغبنين، أو شعور بالامتلاء في القسم الأعلى الأيسر من البطن وذلك بسبب تضخم الطحال. وفي حالات أخرى من المرض، فإن الأعراض الأولى يمكن أن تكون نفس أعراض فقر الدم (ص 514) أو الخمج. وفي بعض الحالات تتجلى الأعراض في ضعف عام للصحة وفقدان الشهية للطعام ونقص الوزن وارتفاع الحرارة وتعرق في الليل.

العلاج: لدى مراجعة الطبيب يأخذ عينة من دم المصاب لفحصها، فإذا ثبت وجود الإصابة فلا بد من إجراء فحوصات أخرى لتحدد مدى تطور وتقدم الحالة.

فعندما يكون المرض في مراحله المبكرة فلا يطبق أي علاج، ولكن يجب فقط إجراء فحوصات دورية، ومراقبة الحالة، لمعرفة التغييرات الطارئة. ولا يطبق العلاج إلا بعدما تبدأ أعراض المرض بالظهور، كوجود تضخم واضح في حجم العقد اللمفاوية أو في حجم الكبد والطحال، وفقر دم، وتعداد صفيحات منفخض أو وجود حمى وفقدان وزن.

في الغالب، يكون العلاج المبدئي، استعمال عقاقير مضادة للسرطان تكون عادة فعالة في تخفيف أو إنقاص معظم أعراض المرض بشكل كبير. فالعقد اللمفاوية المتضخمة، والطحال أيضاً، سيتناقص حجمها، وتعداد الدم سيتحسن وأعراض المرض سوف تتلاشى. أما إذا كان العقار المستعمل غير فعال، أو إذا توقفت فعاليته بعد فترة من العلاج الناجع، فمن المحتمل أن يتم العلاج بمجموعة أخرى من العقاقير المضادة للسرطان، وهذه تعطي على الأغلب تحسناً مرة أخرى.

إن كثيراً من الناس الذين يعانون من ابيضاض الدم المزمن يعيشون عدة سنوات دون حاجة إلى أي علاج. وعندما يصبح العلاج ضرورياً فهو للمحافظة على صحة المريض وبشكل مقبول لعدة سنوات أخرى. وفي الحقيقة، فإن كثيراً من هؤلاء المرضى يموتون لأسباب أخرى كالتقدم في السن أو بسبب سكتة دماغية.

ابيضاض المحببات المزمن (Chronic granulocytic leukemia)

يبدأ ابيضاض المحببات المزمن بنفس الطريقة التي يبدأ فيها ابيضاض الدم النقوي الحاد (ص 527)، حيث يحدث تغيير خبيث مهدد للحياة في خلايا نقي العظام التي تشكل خلايا الدم المحببة (Granulocytes)، وهي شكل من خلايا الدم البيضاء، ونتيجة لذلك، يتزايد عدد المحببات بإفراط إلى حوالي (20 ـ 40) ضعفاً فوق مستوى الحد الطبيعي. فإذا لم يعالج المرض فإن المحببات الخبيثة تحد من انتاج خلايا الدم الحمراء مما يؤدي إلى حدوث فقر دم. بالإضافة إلى ذلك تتراكم الخلايا الابيضاضية الخبيثة في كل من الطحال والكبد.

الأعراض: إذا كنت تعاني من مرض ابيضاض دم المحببات المزمن فإنك ستشعر بضعف عام، فقدان الشهية للطعام، فقدان الوزن، وقد يحصل عندك حمىً وتعرق ليلي إضافة إلى أن طحالك المتضخم يولِّد لديك شعوراً بالامتلاء في القسم العلوي الأيسر من البطن، وقد تحصل عندك أعراض فقر دم (ص 514).

المضاعفات: إذا لم يعالج ابيضاض المحببات المزمن، فمن المحتمل أن يكون مميتاً خلال أسابيع أو أشهر، ولكن المرض يستجيب، عادة، للعلاج. وإذا توفر معطٍ مناسب فقد تجرى عملية غرس نقي العظم مما يعطي فرصة جيدة لشفاء تام.

العلاج: لدى مراجعة الطبيب فإنه سيطلب إجراء فحوصات دموية تنفي أو تؤكد الإصابة بالمرض. ولإجراء تشخيص واضح يمكن أخذ خزعة من نقي العظام لفحصها.

إن المعالجة الأساسية لهذا المرض هي أخذ عقاقير مضادة للسرطان، ترمم إنتاج نقي العظام إلى الطبيعي وتزيل الأعراض. يحتاج بعض الناس لمتابعة المداواة بانتظام في حين يحتاجها آخرون بشكل متقطع. ويوضع المصاب تحت المراقبة المستمرة ويجرى له فحوصات دموية كل أسبوعين إلى أربعة أسابيع، خاصة وأن جرعات المداواة تحتاج، على الأغلب، إلى تعديل بين الحين والحين. ومن جهة أخرى فإن الكثير من العقاقير المستعملة تنقص تعداد خلايا الدم إلى مستويات خطيرة.

بعد فترة من الزمن، تقدر بحوالي ثلاث سنوات على وجه التقريب، تصبح هذه العقاقير غير فعالة، ثم تزداد حالة المريض سوءاً، وهنا يمكن أن توصف عقاقير أخرى سامة للخلايا (مضادة للسرطان)، كما يمكن أن تُجرى عملية غرس نقي العظام في حال توفر معطٍ مناسب.

نقل الدم

إذا نقص حجم الدم، نتيجة لمرض أو نزف أو لأي سبب كان، عند شخص ما، فمن الممكن إعطاؤه دماً لإعادة حجم دمه إلى مستواه الطبيعي. يمكن أن يكون نقل الدم عبارة عن نقل دم كامل، أو أن ينقل فقط أجزاء من الدم، كنقل الصفيحات مثلاً في معالجة مرض قلة الصفيحات (ص 525).

معطو الدم أو المتبرعون بالدم: لا يوجد حتى الآن دم صناعي يمكن تزويد الإنسان به، رغم البحوث المتواصلة حول ذلك، ولا زال مصدر الدم المعطى للمرضى هو الإنسان نفسه الذي يعطي من دمه لغيره.

إن انتشار مرض الإيدز (ص 539) قد رفع كثيراً من أهمية فحص دم المعطي للبحث عن وجود ڤيروس الإيدز، أو الكائنات المجهرية المسؤولة عن التهاب الكبد، الملاريا، أو داء الزهري (Syphilis) فيه.

يسبب التبرع بالدم (إعطاء الدم) ألماً لا يذكر، حيث تتم العملية بإدخال إبرة خاصة داخل وريد المعطي ويسحب مقدار بسيط محدود من دمه وهذا الإجراء لا يسبب أية مشكلة أو مرض للمعطي ما دام جسمه سليماً، كما لا ينقل له أي مرض على الإطلاق. وطبعاً يحفظ الدم، من ثم، بشروط وظروف خاصة، لاستعماله حين الحاجة.

هناك بديل عن أخذ دم من شخص معطي، وهو استعمال دم المريض نفسه، حيث يؤخذ مقدار من دمه قبل عدة أسابيع من إجراء العملية الجراحية له، ويحفظ حسب الأصول، ومن ثم يستعمل أثناء الجراحة أو بعدها. وخلال الفترة التي تمر بين أخذ الدم وإجراء العملية الجراحية، يكون نقي العظام الخاص بالمريض قد عوّض الدم الضائع بتشكيله دماً جديداً. هذه الطريقة من نقل الدم تطبق اليوم بشكل متزايد لأنها لا تعرض المريض لأية مشاكل من أي نوع.

زمرة الدم والاختبار التصالبي: ليس دم بني البشر متشابهاً، بل هناك عدة أنواع مختلفة، لذلك لا يمكن نقله من شخص إلى شخص آخر بشكل عشوائي.

يوجد أربعة أنواع رئيسية من الدم يشار لكل منها باسم زمرة الدم، ويرمز لها بالأحرف - (O) - (A) - (B) - (AB) منها السالب ومنها الموجب. أي هناك أربع زمر دم لكل واحد منها نوعان سالب، وموجب. ويمكن أخذ الدم من المعطي ونقله إلى الآخذ بسلام ما داما (المعطي والآخذ) من نفس زمرة الدم والنوع. ولا حاجة لاستعمال أي عقاقير كابتة للمناعة كما هو الحال أثناء زرع الأعضاء كما يمكن أخذ دم من زمر مختلفة غير متعارضة وهذا يقرره الطبيب.

إن سطح كل خلية حمراء مغلف بمادة تسمى المستضد (Antigen)، ويختلف هذا المستضد بين الزمر الدموية الأربع. كما يوجد هناك زمر دموية أخرى كثيرة تتضمن عامل (RH) و (M) و (N). تسجل زمرة المعطي الدموية على كل وحدة دم محفوظة، بحيث لو احتاج شخص ما لنقل دم فإنه يزوَّد بدم من نفس زمرته. وقبل أن يعطى الدم يتم مزج كمية صغيرة من دم المعطي مع دم الآخذ في المخبر للتأكد من توافق كلا الزمرتين تماماً، وهذا الفحص المخبري ضروري لسلامة كل عملية نقل دم.

- 4 -

نقي العظام (Bone marrow)

إن النقي الموجود داخل العظام نسيج نشيط يحوي مخزوناً دموياً غنياً، وهو ينتج معظم خلايا الدم (كامل الخلايا الحمراء والصفيحات ومعظم الخلايا البيضاء). وعندما يمر الدم في النقي فإنه يحمل معه الخلايا الدموية التي أنتجها هذا النقي.

عند الإنسان البالغ يكون النقي الذي يشكل الدم هو الموجود فقط في عظام الجذع (عظم القص والأضلاع والكتف والحوض) أما عظام الأطراف فإنها تحتوي على نقي دهني غير نشيط يتحول عند الحاجة إلى نقي نشيط مشكلاً للدم. وأما الأطفال فإن كل عظامهم تحوي نقياً نشطاً مكوناً للدم.

في هذا البحث سنناقش الأمراض التي ينتج فيها نقي العظم إما كثيراً من الخلايا الدموية أو قليلاً منها. قد تؤثر هذه الاضطرابات على كل أشكال خلايا الدم كما هو الحال في فقر الدم اللاتنسجي (Aplastic anemia)، وكثرة الحُمْر (Polycythemia)، أو تؤثر فقط على شكل واحد من الخلايا، كما في النقيوم المتعدد (Multiple myeloma)، وندرة المحببات (Agranulocytosis).

كثرة الحُمْر (كثرة الكريات الحمراء) (Polycythemia)

يقوم جسم الإنسان، بشكل طبيعي (تلقائياً) بتعديل كمية خلايا الدم المنتجة في نقي العظام، بحيث يبقى عددها ثابتاً وبالمقدار الذي يحتاجه الجسم، بحيث يساوي عدد الخلايا المنتجة عدد الخلايا التالفة. أما عند الإصابة بمرض كثرة الحُمْر فإن نقي العظام ينتج عدداً كبيراً من خلايا الدم أكثر بكثير من الحد الطبيعي.

هناك نوعان رئيسيان من هذا الاضطراب:

النوع الأول: هو كثرة الحُمر الحقيقي (Polycythemia vera) وهو فيض انتاج كريات الدم الحمراء، والمحببات، والصفيحات.

النوع الثاني: هو كثرة الحُمْر الثانوي (Secondary polycythemia) الذي يحدث نتيجة لسبب مستبطن، كمرض الرئة الحاد أو أنواع معينة من اضطرابات القلب الولادية (ص 880) أو التدخين أو العيش في مناطق مرتفعة. هذه الحالات تمنع خلايا الدم الحمراء من الحصول على أكسجين كافٍ لنقله إلى أنسجة الجسم، فيستجيب نقي العظام عندئذٍ لذلك فينتج كريات دم حمراء كثيرة جداً.

وهناك نوع ثالث من هذا الاضطراب لكن أقل أهمية ويسمى كثرة الحُمْر الكاذب (Pseudopolycythemia). في هذه الحالة يكون عدد الكريات الحمراء في عيِّنة الدم مرتفعاً ولكن السبب هو نقص كمية المصورة (Plasma) في الدم، ويعود سبب هذا الاضطراب إلى التدخين، كما قد يحدث بسبب تناول عقاقير مدرة للبول أو بسبب التجفاف.

بصورة عامة فإن كثرة الحُمْر الثانوي وكثرة الحُمْر الكاذب لا يعالجان بشكل مباشر، بل تعالج المشكلات المسببة لهما، في حين أن كثرة الحُمْر الحقيقي هو المرض الأكثر خطورة، وعلى كل حال، فإنه يمكن معالجته بشكل مباشر.

الأعراض: تشتمل الأعراض النموذجية لاضطراب كثرة الحُمْر الحقيقي، الصُداع المتكرر، الدُوام، شعور بالانتفاخ في الرأس، وبشرة محمرَّة، وأحياناً قد تحدث حكة جلدية شديدة تزيدها الحمامات الساخنة سوءاً، وربما يصبح الطحال متضخماً.

المضاعفات: على الرغم من أن مرض كثرة الحُمْر الحقيقي لا يشفى، فإن من الممكن على الأغلب السيطرة عليه بالمعالجة. والأشخاص الذين يشكون من هذا المرض يعيشون لسنوات عديدة. هناك مشاكل ممكنة قد تحدث للمصاب بهذا الاضطراب تتضمن الهجمة القلبية (ص 456)، وخثار الأوردة العميقة (ص 492)، وابيضاض الدم النقوي (ص 527) والسكتة الدماغية (ص 288)، والنقرس (ص 636)، والجلطة الشريانية المحيطية، والنزف.

العلاج: لدى مراجعة الطبيب، فإنه سيطلب إجراء فحص دم للتأكد من الإصابة بهذا الاضطراب. وإذا تم تشخيص الحالة فيتوجب إجراء فحوصات أخرى للكشف عن نوع

الاضطراب. وقد تتضمن الفحوصات فحوصات دم أخرى، وتصوير شعاعي للكليتين وقياس حجم الدم، وفي هذا الإجراء يحقن كمية بسيطة من الألبومين المشع (Radioactive albumin) مع كمية قليلة من خلايا دم المصاب الحمراء الموسومة (المعَلَّمَة) بالكروم المشع (Radioactive chromium) في وريد أحد الذراعين، ثم تؤخذ عينة دموية من الذراع الآخر بعد (30) دقيقة، وبهذا يمكن تقرير حجم خلايا الدم الحمراء والمصورة في مجرى الدم. وبعد ما يتم التأكد من الإصابة سيكون الهدف الأول هو إنقاص عدد الكريات الحمراء في الدم لتخفيف احتمال حدوث تخثر دموي، أو حدوث انسداد بسبب الجلطة. ولفعل ذلك يؤخذ مقدار، يحدده الطبيب، من الدم بانتظام من أحد أوردة الذراع. وفي بعض الحالات يمكن أن تكرر هذه المعالجة دورياً (كل عدة أسابيع).

تستعمل العقاقير، عادة، للسيطرة على فيض انتاج خلايا الدم، ويمكن أن تسيطر المعالجة الدوائية على المرض لعدة سنوات، وتكرر المعالجة كلما عادت خلايا الدم للتزايد بإفراط مرة أخرى.

النقيوم المتعدد (ورم نقي العظام) (Multiple myeloma)

إن خلايا المصَوَّرة (Plasma) هي أقل أنواع خلايا الدم البيضاء في نقي العظام، وهي تنتج الأضداد (الضدية الأجسام) (Antibodies) التي تساعد على تخريب الجراثيم والفيروسات والعوامل الخامجة الأخرى والخلايا الغريبة، كما تنتج أضداداً تستجيب للتلقيح (التمنيع).

في الحالة الطبيعية، يُصنع نقي العظام نسبة ضئيلة من خلايا المصَوَّرة، ولكن في حالة النقيوم المتعدد تخضع خلية واحدة من خلايا المصَوَّرة إلى تغير خبيث مهدد للحياة وتبدأ بالتضاعف بشكل مفرط. لهذا التغيير ثلاثة تأثيرات خطيرة:

أولها: تعطيل إنتاج خلايا الدم الحمراء والصفيحات والمحببات (نوع من خلايا الدم البيضاء) في النقي مما يؤدي إلى فقر دم (ص 514) وقلة الصفيحات (ص 525) ونقص المحببات في الدم.

ثانيها: إن خلايا المصَوَّرة الفائضة تسبب تخريب العظم.

ثالثها: إن خلايا المصَوَّرة الطبيعية المتبقية تنتج أضداداً أقل، الأمر الذي يؤدي إلى نقص مقاومة الجسم للأخماج.

الأعراض: الأعراض الأولى للنقيوم المتعدد هي، عادة، نفس أعراض فقر الدم (ص 514) ويمكن أن يظهر استعداد متزايد للخمج بشكل مبكر. وأهم عرض مميز لهذا المرض هو الألم في العظام وخصوصاً في الفقرات وعظام الظهر.

المضاعفات: مرض النقيوم مرض نادر يحدث بنسبة واحد من (25000) شخص تقريباً في الولايات المتحدة الأميركية، ويؤثر بشكل أساسي على ممن هم فوق الخمسين، وهو شائع

أكثر نوعاً ما عند الرجال منه عند النساء، وهو مرض غير قابل للشفاء، والمعالجة قد تعطي عدة سنوات إضافية من الحياة الطبيعية إلى حد ما. المشكلة الشائعة، في هذا المرض، هي الإصابة بإخماج متكررة، وهذه الأخماج يمكن أن تكون خطيرة جداً، وقد يحدث قصور كلوي مزمن (ص 659)، ويعتبر النزف أيضاً مشكلة عامة أخرى.

العلاج: إذا تجاوز المرء الخمسين من العمر وشعر بآلام في عظامه، وخاصة في ظهره، فعليه بمراجعة الطبيب. فإذا شك بإصابته بالنقيوم فسيحتاج لإجراء تحاليل دم وبول وتصوير شعاعي للهيكل العظمي وغير ذلك لإثبات الإصابة بالمرض أو نفيها.

في مراحله الأولى، لا يسبب النقيوم أية تعقيدات، ويعالج باستعمال عقاقير مضادة للسرطان، ويجب توخي الدقة في أخذ كمية العقار الموصوف، لأن الإكثار من هذه العقاقير يمكن أن يؤثر بشكل كبير على الخلايا الأخرى في نقي العظام، كما أن الإقلال منها لا يعطي مفعولاً كافياً لإيقاف تقدم المرض. وأثناء المعالجة تؤخذ عدة عينات من دم المصاب لإيجاد معيار دوائي آمن وفعال، وتوصف له على الأغلب العقاقير الستيروئيدية. وبذلك تسيطر هذه المعالجة على كثير من الحالات، ولكن ليس عليها كلها، لأن مقاومة المصاب للخمج تبقى ضعيفة خلال فترة العلاج، وقد يوصف له مضادات حيوية إذا بدا عنده أعراض خمج ما. يمكن التخلص عادة من آلام العظام المزعجة بالمعالجة الشعاعية. فإذا استجابت الحالة للمعالجة أولاً، ثم حصل نكس (Relapse) فإن الطبيب سيجرب عقاقير أخرى. يمكن لمرضى النقيوم المتعدد أن يستعيدوا صحتهم الطبيعية لفترات زمنية طويلة بواسطة العلاج الدوائي الحديث.

فقر الدم اللاتنسجي (Aplastic anemia)

عند الإصابة بهذا المرض، يقل إنتاج نقي العظام لخلايا الدم بشكل كبير، مما يسبب نقصاً في العدد الإجمالي لهذه الخلايا. يحدث هذا الأمر إما فجأة أو تدريجياً، وغالباً لا يمكن تحديد سبب حدوثه، ولكن أحياناً قد يكون السبب، هو، التعرض لمادة سامة كالبنزِين (Benzene) أو استعمال عقار ما، أو التعرض للإشعاع، ومعظم العقاقير المضادة للسرطان تحدث تغييرات مشابهة في نقي العظام، ويتحسن الوضع عادة عندما يوقف استعمال العقار لفترة قصيرة.

الأعراض: يوجد ثلاث مجموعات رئيسية من الأعراض، فانخفاض إنتاج خلايا الدم يسبب أعراض فقر الدم (ص 514)، وانخفاض إنتاج المحببات (نوع من كريات الدم البيضاء) يخفف مقاومة الأخماج، وانخفاض إنتاج الصفيحات (ص 525) يؤدي إلى التكدم التلقائي وظهور نقاط حمراء على الجلد ونزف من الأنف والفم ومن مواقع أخرى.

المضاعفات: المضاعفات الأساسية المرتبطة بفقر الدم اللاتنسجي هي الخمج والنزف. وقد يكون هذان العرضان شديدين لدرجة أنهما يصبحان مهددين للحياة، أو قد تتحسن الحالة

تلقائياً أو بالعلاج، ولكن ربما يحدث قصور متزايد في عمل نقي العظام مما يسيء إلى الوضع أكثر فأكثر.

العلاج: إذا ظهر أي عرض من الأعراض المذكورة سابقاً عند شخص ما، عليه أن يراجع الطبيب فوراً، وهذا مهم بشكل خاص إذا كان يتناول عقاراً أو يعمل بمواد كيميائية أو بمواد مشعة. من المحتمل أن يطلب منه الطبيب فحصاً للدم. فإذا أثبتت النتائج وجود فقر دم لاتنسجي فقد يحتاج لأخذ خزعة من نقي عظمه وفحصها مجهرياً لتأكيد التشخيص.

في حال كان المرض له علاقة بعقار ما مأخوذ لعلاج مشكلة أخرى، فسيطلب الطبيب التوقف عن تناول هذا العقار فوراً وسيحدد بديلاً عنه مناسباً لحالة المصاب. وإذا كان هناك اشتباه بتعرضه المستمر لمركب سام فعليه التوقف عن التعرض له، ومن المحتمل أن يُعالج فقر الدم والنزف بإعطاء المصاب كميات كافية من الدم (نقل دم). وتعالج الأخماج بالمضادات الحيوية التي تعطى عادة وريدياً للحصول على أفضل النتائج. أما إذا كان لا يعاني من أي خمج، ولكن كان تعداد المحببات لديه منخفضاً جداً، فربما ينصحه طبيبه بالاستمرار بأخذ المضادات الحيوية منعاً لأي خمج جديد. وإذا كان المرض شديداً أو يسوء أكثر فأكثر فإن زرع نقي العظام يعطي أملاً كبيراً بالشفاء. ومع ذلك فإن زرع نقي العظام له مخاطره الخاصة به، كما أن هناك أيضاً مداواة خاصة بهذا المرض لكنها تفيد بعض المصابين فقط.

ندرة المحببات (Agranulocytosis)

يقوم نقي العظام، بشكل طبيعي، بتصنيع خلايا الدم البيضاء المعروفة بالعَدلات (Neutrophils) ثم تدخل مجرى الدم وتقوم بتأمين خط الدفاع الأول عن الجسم ضد الأخماج. أما في حال ندرة المحببات فإن معظم أو كل العَدِلات تتخرب ويحدث نقص شديد في عددها في الدم، مما يسبب بالتالي نقصاً في مقاومة الجسم للأخماج.

يظهر هذا المرض، على الأغلب، بسبب تناول عقار لعلاج اضطراب آخر، كما يمكن حدوثه بسبب خمج ڤيروسي، أو بسبب أضداد (Antibodies) شكلها الجسم خطأً وعملت ضد خلايا الدم البيضاء، وقد يكون هذا المرض هو الإشارة الأولى لمرض ابيضاض الدم (اللوكيميا ص 526) أو لفقر الدم اللاتنسجي (البحث السابق).

الأعراض: العرض المميز لهذا المرض هو عدم مقاومة الأخماج. يحدث الخمج، بشكل خاص، في الفم والحنجرة حيث تشاهد على الأغلب قرحات. وربما تتطور بشكل سريع وغير اعتيادي، أخماج، كذات الرئة، تكون شديدة إلى حد كبير أو قد تكون مميتة.

العلاج: إذا أصيب شخص ما بخمج بعد آخر، فعليه بمراجعة الطبيب وخصوصاً إذا كان يستعمل أي دواء، حيث أن بعض العقاقير لها تأثير خطير على نقي العظام.

إذا شك الطبيب بأن سبب الإصابة هو استعمال عقار ما، فسيطلب التوقف عن استعماله

فوراً، وإذا كان مستوى المحببات في دم المصاب منخفضاً جداً فقد يعطى، على الأغلب، مضاداً حيوياً لتجنب إصابته بالأخماج، وإذا كان يعاني من ارتفاع في الحرارة يعطى، فوراً، مضادات حيوية عن طريق الوريد.

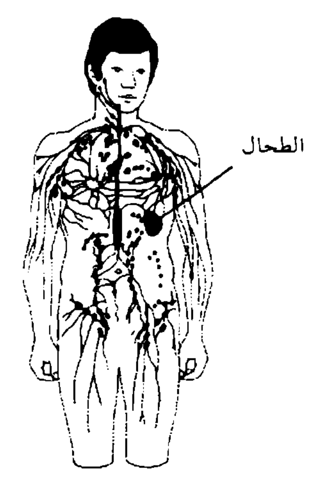
في معظم الحالات، إن النظرة الأولية لشفاء تام من مرض ندرة المحببات نظرة جيدة جداً. وإن كان استعمال عقار ما أو الإصابة بخمج سبباً لهذه الإصابة فإن استبعادهما كافياً للشفاء. الحالات الناتجة عن أي نوع من أنواع ابيضاض الدم أو فقر الدم اللاتنسجي هي حالات معقدة أكثر، وكذلك تلك الحالات التي تظهر فيها أخماج يصعب السيطرة عليها.

ـ 5 ـ

الجهاز اللمفاوي (Lymphatic system)

يتألف الجهاز اللمفاوي من العقد اللمفاوية (Lymphnodes)، التي توجد في مختلف أنحاء الجسم، ومن الأوعية اللمفاوية (Lymphatics) التي تربط بينها، ومن الطحال (Spleen).

تُنتِج العقد اللمفاوية الخلايا اللمفاوية (Lymphocytes)، وهي نوع من خلايا الدم البيضاء، وهذه تتعرف على الخلايا أو الأجسام الأجنبية والعوامل الخامجة والمواد الغريبة الموجودة في الجسم، وتشارك في رد فعل الجسم المناعية ضد هذه العوامل والمواد، وتعمل أيضاً كموانع لانتشار الخمج عبر الأوعية اللمفاوية، وذلك لأنها تصطاد (Trap) العوامل الخامجة، ولهذا السبب نجدها تتضخم على الأغلب، عند حدوث أي خمج.



يبين الشكل، العقد اللمفاوية الأساسية في جسم الإنسان. وهذه العقد تساعد في إنتاج بعض خلايا الدم البيضاء وإنتاج الأضداد التي تدافع عن الجسم ضد الأخماج. عندما تقاوم العقد اللمفاوية الخمجَ فإنها تتضخم بحيث يمكن ملاحظة تلك القريبة منها من سطح الجلد بالعين المجردة.

إن الطحال، الموجود في الجزء العلوي الأيسر من البطن، هو جزء من هذا الجهاز اللمفاوي، بل يعتبر فعلياً عقدة لمفاوية كبيرة.

لمفومات لاهودجكن (Non-hodgkin's lymphomas)

لمفومات لاهودجكن ورم خبيث (سرطان) يهدد الحياة، يصيب العقد اللمفاوية ويؤدي إلى تكاثر الخلايا اللمفاوية (إحدى أنواع كريات الدم البيضاء) بشكل مفرط، وتكون الخلايا المنتجة ذات شكل شاذ.

الأعراض: العرض الأول لهذا الداء هو ضخامة عقدة لمفاوية (Lymphnode) ، تحدث عادة في أي مكان من الجسم، لكن بشكل عام، تبدأ الضخامة في عقد العنق أو عقد ما تحت الإبط أو المغبن، وتشمل الأعراض الأخرى الممكنة الشعور العام بالتوعك وفقدان الشهية للطعام وفقدان الوزن والحمى والتعرقات الليلية.

المضاعفات: الأورام الخبيثة التي تصيب العقد اللمفاوية (Lymphomas) نادرة الحدوث، لكنها أورام خطرة تؤدي إلى الموت إن لم تعالج، ومع ذلك فإنه يلاحظ أن استجابة اللمفومات المختلفة للعلاج تتباين بين حالة وأخرى.

إذا تضخمت أي عقدة لمفاوية، واستمر ذلك لأكثر من أسبوعين، فيجب مراجعة الطبيب، فإذا كان هذا التضخم غير مترافق بالتهابات مجاورة فسيقرر الطبيب ضرورة إجراء فحوصات مخبرية للدم وللعقد اللمفاوية المصابة، وربما يقرر ضرورة استئصالها بشكل تام وفحصها نسيجياً، وهو، بتلك الفحوصات، يتمكن من تأكيد الإصابة بورم خبيث أم لا، وبالتالي يتمكن من تحديد نوع الورم الخبيث الموجود، وفي الحالات المرضية يجري الطبيب عادة مجموعة واسعة من الفحوصات بما فيها فحص نقي العظام وتصوير كامل الجسم بمختلف أنواع التصوير الاستقصائي الموجودة حالياً.

يحمل الدم الخلايا اللمفاوية المتسرطنة، فتنتقل إلى العقد اللمفاوية المجاورة أو إلى الطحال أو إلى أي جزء آخر من الجسم وتشكل فيها أوراماً خبيثة ثانوية.

العلاج: إذا كانت العقد المصابة واقعة في جزء واحد من الجسم، فقد تعالج بالأشعة فقط أو يضاف لها العلاج بالعقاقير الكيميائية السامة للخلايا والتي تعالج بها الأورام الخبيثة عادة. أما إذا كان المرض منتشراً في أجزاء واسعة من الجسم فإن العلاج بالعقاقير الكيميائية (Chemotherapy) سيكون هو المعتمد، ويطبق ذلك عادة بإعطاء المصاب حقناً وريدية يفصل بين كل حقنتين فترة زمنية يحددها الطبيب المعالج (عدة أسابيع)، وقد يدعم هذا العلاج الكيميائي بعلاج شعاعي يطبق مباشرة على الأجزاء المصابة. وتعتمد استجابة المصاب للعلاج على نوع الورم الخبيث، وعلى مدى انتشار المرض في الجسم ومدى تقبل جسم المصاب للدواء الكيميائي وتحمله له وتجاوبه مع العلاج.

داء هودجكن (Hodgkin's disease)

يصيب داء هودجكن، غالباً، المراهقين في سن البلوغ، وهو عبارة عن استحالة تحدث في العقد اللمفاوية (Lymphnode) ، وتصيب الخلايا المعروفة بالبلعميات (Macrophages) (وهي خلايا دم بيضاء)، وهو بذلك مماثل للمفومات لاهودجكن من حيث أنه يحدث في العقد اللمفاوية لكنه يصيب الخلايا اللمفاوية (Lymphocytes) (وهي خلايا دم بيضاء أيضاً)، على أن داء هودجكين يستجيب للعلاج بسهولة أكبر من لمفومات لاهودجكن.

الأعراض: العرض الرئيسي لداء هودجكن هو ضخامة مستمرة في العقد اللمفاوية، تشاهد غالباً في العنق أو الإبط أو المغبن. ومن أعراضه الأخرى المحتملة الحمى والتعرق والتعب والضعف وفقدان الوزن والحكة.

إذا عولج داء هودجكن باكراً فإن احتمالات الشفاء كبيرة، لذلك من المهم إعلام الطبيب فوراً بأية ضخامة غير مفسرة في العقد اللمفاوية، وهو سيجري الفحوصات السريرية والمخبرية اللازمة، ويستأصل جراحياً العقد المتضخمة ويفحصها نسيجياً بحيث يتم التوصل إلى التشخيص الصحيح. في حالة الإصابة بهذا المرض، يجب إجراء فحوصات عديدة لتحديد مدى انتشاره، حيث سيتم أخذ خزعة من نقي العظام من أجل فحصها، وأيضاً ستجرى صور شعاعية للصدر، وتصوير طبقي محوري (Cat. scan) وتصوير للأوعية اللمفاوية (Lymphangiography)، وربما فتح بطن استقصائي (راجع التعاريف ص 9)، وعلى ضوء النتائج ونمط داء هودجكن الموجود يتم تحديد المعالجة اللازمة.

العلاج: تستعمل المعالجة الشعاعية لعلاج المرض إذا اكتُشف باكراً نسبياً، وتحقق هذه المعالجة نجاحاً يصل إلى حوالي (85%) من مجمل الحالات. أما إذا كان المرض في مرحلة متقدمة عند اكتشافه فربما يعالج بواحد أو أكثر من العقاقير السامة للخلايا (Cytotoxic) وأحياناً بالمشاركة مع المعالجة الشعاعية، وتستمر المعالجة عادة لفترة ستة أشهر تقريباً، ويشفى عادة حوالي (40%) من المصابين بداء هودجكن المتقدم بهذا العلاج الدوائي المكثف. وحالما تستكمل المعالجة، تستمر مراقبة المصاب، ويكرر فحصه بتفقدات دورية تجرى كل بضعة أشهر لمدة خمس سنوات. فإذا لم تعاود أية من علامات المرض الظهور خلال هذه المدة فعلى الأرجح أنه قد شفي تماماً.

نقص المناعة (Immunodeficiency)

نقص المناعة تعني نقص دفاعات الجسم المناعية. وبشكل عام هناك نوعان من نقص المناعة:

الأول: يسببه إنتاج غير كاف من الأضداد (الأجسام المضادة ـ Antibodies) من حيث استجابتها إلى أي خمج أو تمنيع سابقين، (الأجسام المضادة هي عبارة عن مواد تدافع عن الجسم ضد الكائنات الحية الخامجة). هذا النقص ربما يؤثر على نوع واحد من الأجسام المضادة أو على عدد منها في آن واحد، وبسبب نقص المناعة هذا فإن مقاومة بعض أنواع الأخماج وخصوصاً الجرثومية منها تنخفض.

الثاني: يسببه وجود اضطراب في الخلايا اللمفاوية (Lymphocytes) أو نقص أعدادها، أو بسبب اضطراب في أحد أنواعها المختلفة، (الخلايا اللمفاوية عبارة عن خلايا دم بيضاء تصنَّع في نقي العظام والعقد اللمفاوية). وفي هذا النوع من الاضطرابات تنخفض قدرة الخلايا

اللمفاوية الموجودة في مجرى الدم على التجمع لقتل الكائنات المهاجمة، ونتيجة لذلك فإن مقاومة الخمج الناتج عن الفطور وعن ڤيروسات معينة وعن الكائنات التي تسبب التدرن هي مقاومة مشلولة.

علماً أنه من المحتمل أن تحدث الإصابة بكلا النوعين السابقين من نقص المناعة في وقت واحد.

هناك أنواع عديدة من العيوب الموروثة في جهاز المناعة؛ والشخص الذي يحمل واحداً من هذه العيوب يكون لديه استعداد للإصابة بأنواع معينة من الأخماج. كما أن كثيراً من الأمراض تسبب أيضاً فساداً في وظائف جهاز المناعة، من هذه الأمراض ابيضاض الدم (ص 526)، الأورام اللمفاوية (ص 536)، داء هودجكن (البحث السابق)، السرطان بشكل عام، داء السكري (ص 671) واليوريمية (Uremia) ، وأخيراً فإن بعض العقاقير المستعملة لعلاج اضطرابات عديدة، وخصوصاً العقاقير الستيروئيدية، ومضادات السرطان وكذلك المعالجة الشعاعية، تؤثر كلها بشكل كبير على جهاز المناعة.

العلاج: قد يفيد المصاب بنقص موروث في إنتاج الأضداد (Antibodies) أخذ حقن من الأضداد مأخوذة من أشخاص آخرين، ويجب أن تكرر هذه المعالجة كل عدة أسابيع. وإذا كان عنده أنواع معينة من النقائص الموروثة من الخلايا اللمفاوية فإن زرع نسيج من غدة التوتة (Thymus) ، (هي عبارة عن غدة صغيرة في الصدر)، قد يعطي بعض الأمل في الشفاء، وهذه المعالجة التي لا تزال قيد التجربة تعتمد على تأثير هذه الغدة على خلايا لمفاوية معينة، كما أن هناك معالجة أخرى ممكنة تعتمد على المعالجة بالمضادات الحيوية لأمد طويل، ومع ذلك فإن معظم الناس الذين يعانون من نقص المناعة لا يوجد لهم معالجة خاصة، لذا عليهم أن يكونوا حذرين تجاه الأخماج أو يكونوا متأكدين من حصولهم على معالجة فورية في حال الإصابة بمرض ما.

الإيدز (Aids)

يسمى باللغة الفرنسية «سيدا» وبالإنكليزية «إيدز»، وهو مختصر لأربعة كلمات هي: (Acquired Immune Deficiency Syndrome) أي ما يقابله بالعربية / متلازمة نقص المناعة المكتسب/ .

تتخرب، نتيجة الإصابة بمرض الإيدز، بعض خلايا الدم البيضاء في الجسم (الخلايا اللمفاوية Lymphocytes)، ونتيجة لذلك يتلف جهاز الدفاع الطبيعي للجسم. فالشخص المصاب بالإيدز لا يمتلك مقاومة أو مناعة ضد بعض الأمراض والأخماج.

يسبب مرض الإيدز ڤيروس (Virus) يعرف بڤيروس العوز المناعي البشري من النمط (III) ويرمز له بـ (HiV III) .

يخرب ڤيروس الإيدز نوعاً واحداً من خلايا الدم اللمفاوية التي تعرف باسم اللمفاوية التائية 4 (T4) ، أو الخلية المساعدة. والشخص الذي أصيب بڤيروس الإيدز يصبح معرضاً للإصابة بأمراض سرطانية وأخماج أخرى، (بعد أن كانت الخلايا المساعدة، في الحالة الطبيعية، تحميه من هذه الأخماج والأمراض)، مثل أخماج الرئة مثل ذات الرئة التي تنتج عن المتكيسة الرئوية (ص 427)، والأخماج التي تؤدي إلى ضخامة العقد اللمفاوية، والحمىٰ، والتهاب الدماغ، وأشكال متعددة من السرطان الذي أكثر أنواعه شيوعاً في هذه الحالة هو نوع نادر من أورام الجلد يعرف بسرطان كابوزي (Kaposi's sarcoma) .

قد لا تظهر لدى الشخص المصاب بڤيروس الإيدز، أية أعراض، وربما يحمل، بكل بساطة، هذا الڤيروس طوال حياته دون أن يمرض، أو ربما يظهر لدى حامل الڤيروس أحد الأمراض المرتبطة بالإيدز التي تؤدي إلى تضخم العقد اللمفاوية وارتفاع في الحرارة. في هذه المرحلة المبكرة من المرض، يبقى مستوى مناعة الجسم طبيعياً تجاه الأمراض، وعندما تتطور الحالة نحو الأسوأ فإن الخلايا المساعدة تتخرب فتنخفض مناعة هذا الشخص المصاب تجاه عدد كبير من الأمراض الكامنة والخطيرة.

ينتقل الإيدز، بشكل رئيسي، بواسطة الاتصال الجنسي مع شخص مصاب، لذلك نجده منتشراً في المجتمعات التي تبيح الممارسات الجنسية العشوائية أكثر من المجتمعات التي تحرم هذه الممارسات. وهو ينتشر بكلا نوعي الممارسات الجنسية التقليدية والشرجية، بل ربما ينتشر بالممارسات الجنسية الفموية، وكذلك ينتقل من الأم المصابة إلى جنينها، وينتقل أيضاً بواسطة الدم، وكذلك ينتقل إذا وصلت نقطة من دم المصاب إلى جهاز الدوران في شخص سليم بأية طريقة كانت، كاستعمال شفراته أو استعمال نفس المحقنة التي استعملها لحقن نفسه بعقار ما أو بواسطة عمليات نقل الدم أو ملامسة دم المصاب، كما يحدث مع الأطباء الجراحين وأطباء الأسنان.

لا ينتشر مرض الإيدز عبر الاتصالات الاجتماعية العادية، كالمشاركة في السكن أو العمل سوياً أو التمريض أو التقبيل العادي أو المصافحة.

الأعراض: أي شخص يصاب بالإيدز ربما يبقى بصحة طبيعية بشكل واضح لعدة سنوات، وعندما تبدأ الأعراض بالظهور فإنها تتضمن ارتفاعاً في الحرارة، فقدان وزن، عقداً لمفاوية متضخمة، ضعفاً عاماً، حالات صُداع، نُعاساً، اضطرابات وأخماجاً في الصدر أو الجلد أو الفم.

المضاعفات: على الرغم من علاج المصابين بالإيدز بالمضادات الحيوية ومضادات الڤيروسات، فقد أصيبوا بعدة أخماج متنوعة مع فقدان وزن كبير وضعف عام أدى بهم، في نهاية المطاف، إلى الموت.

العلاج: يمكن التأكد من الإصابة بمرض الإيدز بإجراء فحص دموي خاص يثبت ذلك أو ينفيه. ففي خلال عدة أسابيع من إصابة شخص ما بهذا المرض يظهر في جسمه أضداد للڤيروس يمكن كشفها في الدم. يقال عن الضد الذي ينتجه جسم المصاب بالإيدز لمقاومة المرض إنه ضد إيجابي.

إن الخصائص المميزة لذات الرئة والأخماج الأخرى الناتجة عن الإيدز أنها تستجيب للعلاج بالمضادات الحيوية ومضادات الڤيروسات، أما المعالجة التي يمكن أن تصحح النقص المستبطن في الخلايا اللمفاوية. فإنها لا تزال قيد البحث.

الفصل التاسع

اضطرابات الهضم والتغذية (Disorders of digestion and nutrition)

يحتاج الجسم لإمدادات مستمرة ومنتظمة من الغُذيّات (Nutrients) لكي تزوده بالطاقة اللازمة لإتمام آلاف التفاعلات الكيميائية التي تحصل داخله طوال الوقت، ولكي تتجدد الخلايا والنسج المستهلكة والمهترئة ضمن الجسم، وكذلك لإتمام عمليات النمو.

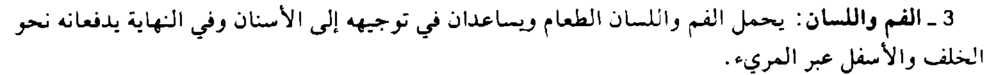
نظرة على جهاز الهضم

ينقسم جهاز الهضم إلى عدة أقسام، كل منها له دوره إما في تفكيك الطعام وامتصاصه، أو في طرح الفضلات. أما الأنزيمات فإنها تساعد في عملية تفكيك الطعام إلى أجزاء صغيرة بشكل تستطيع أن تمر عبر جدار المعي الدقيق إلى مجرى الدم.

1 ـ **الكبد والمرارة والبنكرياس**: للكبد عدة وظائف أحدها صنع الصفراء، وهي سائل أخضر يمر إلى العفج فيساعد في تفكيك الدهون.

يتم تخزين الصفراء في (المرارة) الحويصل الصفراوي التي تتصل مع العفج بواسطة القناة الصفراوية. تتوضع البنكرياس تحت المعدة وتفرز أنزيمات تمر عبر القناة البنكرياسية إلى العفج حيث تساعد في تفكيك المواد السكرية (Carbohydrates) والبروتينات (Proteins) والدهون (Fats) .

2 ـ **الأسنان**: تقطع الأسنان الطعام، وتمضغه، بحيث تجعل بلعه ممكناً، وفي نفس الوقت تحسن قدرة العصارات الهاضمة على التأثير فيه.



3 ـ **الفم واللسان**: يحمل الفم واللسان الطعام ويساعدان في توجيهه إلى الأسنان وفي النهاية يدفعانه نحو الخلف والأسفل عبر المريء.

4 ـ **المريء**: يتحرك الطعام عبر المريء باتجاه الأسفل نحو المعدة، حيث توجد عند مدخلها حلقة عضلية تمنع الطعام من العودة منها حالما يدخلها، تُدعى الفؤاد (Cardia) .

5 ـ **المعدة والعفج**: تصنع المعدة العصارات الهاضمة الخاصة بهضم الطعام، ثم يمر الطعام بعد ذلك إلى العفج عبر ممر يدعى البواب (Pyloric) .

6 ـ **المعي الدقيق**: يكتمل تفكيك الطعام في العفج والمعي الدقيق ثم يتم امتصاصه عبر جدار هذا المعي إلى مجرى الدم.

7 ـ **المعي الغليظ**: يمر الماء والطعام غير المهضوم إلى المعي الغليظ حيث يعاد امتصاص الماء إلى الجسم.

8 ـ **المستقيم والشرج**: في النهاية، تمر الفضلات إلى المستقيم، ثم تطرح بشكل غائط من فتحة الشرج إلى خارج الجسم.

يتم استخلاص هذه الغُذيَّات من الطعام أثناء مروره عبر جهاز الهضم، الذي يتألف من السبيل الهضمي الذي هو، بشكل رئيسي، قناة تجري من الفم إلى الشرج، ومن الغدد الملحقة بجهاز الهضم، بما في ذلك الكبد والبنكرياس. تعمل هذه الغدد والسبيل الهضمي مع بعضها البعض كجهاز يفكك الطعام ويهضمه ويمتص منه الغُذيَّات ويطلقها إلى مجرى الدم ثم يطرح ما زاد منها من فضلات إلى خارج الجسم.

أول قسم من السبيل الهضمي هو الفم حيث تقوم الأسنان بتقطيع، ومضغ، ومزج الطعام مع اللعاب الذي يؤدي وظيفة مادة مزلقة ومرطبة، كما يتضمن أنزيماً (Enzyme) يفكك النشاء ويساعد على هضمه. ويقوم اللسان بتحريك الطعام في الفم أثناء مضغه، وجمعه بشكل كرة (تدعى البُلعة Bolus) جاهزة للبلع، وهذا يلفت النظر إلى أهمية اللسان في إتمام مضغ الطعام وبلعه. القسم الثاني من السبيل الهضمي هو المريء (Esophagus)، فعند بلع الطعام ينزلق للأسفل باتجاه أنبوب عضلي عبر حلقة من العضلات تسترخي لتدع الطعام يمر إلى القسم الثالث من المجرى وهو المعدة (Stomach) ، فتقوم عضلات جدار المعدة بتحويل الطعام إلى ما يشبه العجينة، ثم يمر هذا الطعام، نصف المهضوم، عبر حلقة أخرى من العضلات إلى قناة قصيرة تدعى العفج (الاثني عشر) (Duodenum) وهو القسم الأول من المعي الدقيق (Intestine) وفيه تستكمل عملية الهضم بمساعدة مفرزات أعضاء أخرى من الجسم.

تتوضع المرارة (الحويصل الصفراوي) (Gallbladder) أسفل الكبد مباشرة، وهي كيس بشكل الكمثرى طوله حوالي (9سم)، تخزن وتركز سائلاً يدعى الصفراء (Bile) ينتجه الكبد فيرشح مع مواد أخرى إلى المرارة عبر شبكة أنابيب صغيرة جداً ويتجمع فيها. وهي (أي المرارة) تمرر المقدار المطلوب من الصفراء إلى المعي الدقيق عبر فتحة تدعى القناة الصفراوية (Bileduct) حيث تساعد في هضم الدهون. وهناك غدة البنكرياس (Pancreas) التي تفرز أنزيمات هاضمة تمر عبر قناة تتصل بالقناة الصفراوية قبل أن تدخل إلى المعي الدقيق مباشرة.

يندفع الطعام عبر المعي الدقيق بواسطة أمواج تقلصات عضلات جداره، وبينما يحدث ذلك تقوم الأنزيمات ومواد كيميائية أخرى بتفتيت الطعام إلى أجزاء أصغر فأصغر بحيث يمكن أن تُمتص عبر جدار هذا المعي إلى مجرى الدم الذي يحملها إلى كافة أنحاء الجسم، وفي نهاية المطاف تعوم في السائل الذي يحيط بكل خلية في الجسم، فتمتصها الخلايا عبر أغشيتها، وتستعملها حسب حاجتها، حيث يتم تخزينها وتفكيكها مرة أخرى. ومن حيث النتيجة تستعمل بعض الغذيات لتزويد الجسم بالطاقة، وبعضها لصنع نسج جديدة ومواد حيوية أخرى، وبعضها يستعمل في عمليات النمو وغير ذلك.

أما القسم الأخير من السبيل الهضمي، وهو المعي الغليظ (Large intestine) ، ففيه يتم

امتصاص الماء إلى الجسم من بقايا الطعام غير المهضوم والغير قابل للهضم، وما يتبقى يصبح فضلات متماسكة. وأخيراً يتم طرح هذه الفضلات كلها إلى الوسط الخارجي على فترات مناسبة، بواسطة التغوط، عبر الجزء الأخير من السبيل الهضمي وهو الشرج (Anus).

إن معظم اضطرابات السبيل الهضمي تصيب قسم واحد فقط منه، ومنها اضطرابات تصيب قسمين أو أكثر، بالإضافة إلى اضطرابات التغذية التي تتعلق بنوع الطعام، أو بقابلية جهاز الهضم للتعامل مع الطعام، وهي إما أن تكون وراثية أو لها علاقة بالتغذية كالسمنة مثلاً.

- 1 -
الأسنان واللثة (The teeth and the gum)

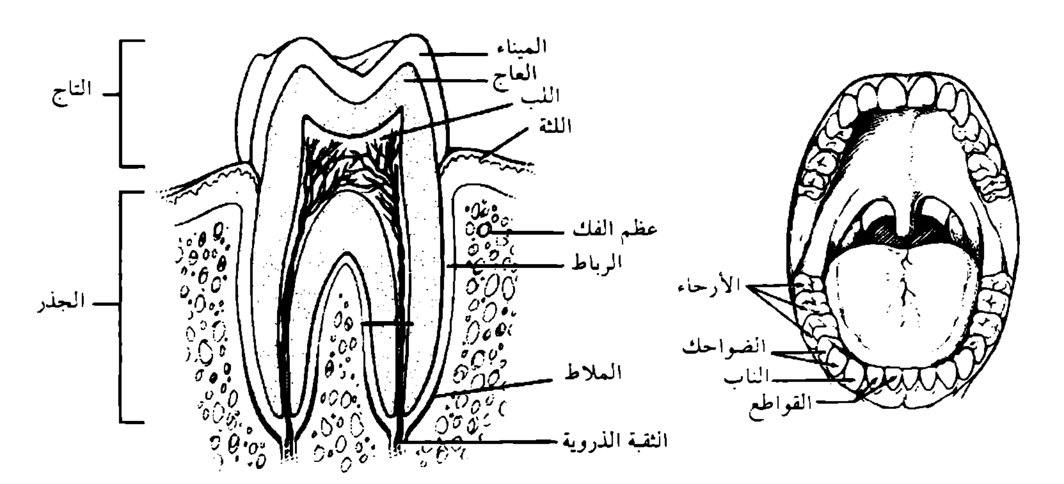
تقطع الأسنان الطعام، الذي نأكله، وتطحنه، وتحوله إلى قطع صغيرة يمكن بلعها وهضمها بسهولة، كما أنها تعطي شكلاً جمالياً للوجه وتساعد على الكلام، وهي أجسام حية وليست عظاماً ميتة، ففي داخل كل سن يوجد نسيج حي يسمى لب السن (Pulp) يحتوي على شعيرات دموية تغذي السن، وعلى أعصاب تمكن من الشعور بالحرارة والبرودة والضغط والألم، ويحيط باللب مادة قاسية تدعى العاج (Dentin)، ويغطي جزء السن الظاهر في الفم وهو التاج (Crown) طبقة قاسية بيضاء اللون تدعى الميناء (Enamel)، ويغطي جزء السن المطمور داخل نسج الفك، وهو الجذر (Root)، طبقة من مادة حساسة تشبه العظم تدعى الملاط (Cementum).

تحيط اللثة (The gum) بأعناق الأسنان بإحكام، بينما تنغرس جذور الأسنان بثبات في تجاويف خاصة داخل عظم الفك، ويثبت السن ويشده إلى عظم الفك مادة ماصة للصدمات تدعى **الرباط** وهي تحيط بكامل الجذر.

ميناء السن هو أصلب مادة في الجسم، ولكن الحوامض التي تنتجها الجراثيم عندما تتعامل مع بقايا المواد السكرية في الفم تستطيع أن تنخر الميناء وتسبب تلفها. فإذا لم يتم الكشف عن هذه النخور وإصلاحها فإنها تتقدم عبر الميناء فالعاج حتى تصل إلى اللب، ومن ثم تسبب خراجاً سنياً مما يؤدي، في نهاية المطاف، إلى فقدان السن.

يوجد في فم الإنسان البالغ 32 سناً دائمةً، القواطع (Incisors) والأنياب (Canines) التي تقطع وتمزق الطعام، والأرحاء (Molar) والضواحك (Premolar) التي تطحنه.

عند بعض الناس لا تبزغ أسنان العقل وتبقى منطمرة ضمن الفك، أو إنها، أحياناً، لا تكون موجودة إطلاقاً.



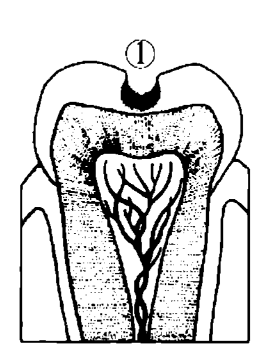
يحوي فم الإنسان البالغ عادة 32 سناً دائمة. الأنياب والقواطع تقوم بقطع وتمزيق الطعام، والأرحاء والضواحك تقوم بطحنه وفي بعض الأحيان قد تكون أضراس العقل الأربعة مفقودة أو مطمورة ضمن الفك كلها أو بعضها.

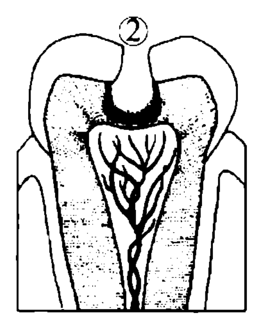
نخر الأسنان (Dental decay)

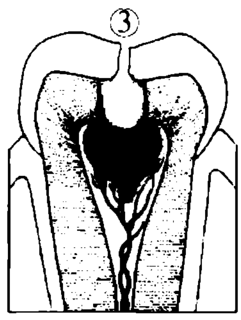
تترسب فضلات الطعام على الأسنان وتلتصق بها، خاصة في الأفواه المهملة، وحتى عند الأشخاص الذين يعتنون بنظافة أسنانهم وأفواههم نجد أن جزيئات الطعام (السكرية منها خاصة)، ومادة المخاط الموجودة في اللعاب تتراكم فيما بين الأسنان وفي منطقة التقاء الأسنان باللثة، مما يهيء فرصة سانحة للجراثيم للعيش والتكاثر فيها، وبالتالي تتشكل حموض معينة تقوم بتحليل الكالسيوم والفوسفور الموجودين بميناء الأسنان، وبمرور الوقت تتشكل فجوات صغيرة فيها تزداد اتساعاً، تسمى، النخر. فإذا لم تعالج تلك الحالة فإن الحموض المتشكلة سوف تستمر في تدمير ميناء السن، وعندما يصل النخر إلى العاج الموجود تحت طبقة الميناء فإن الطلائع الجرثومية تبدأ تأثيرها على لب السن، لأن العاج يحوي قنوات دقيقة يوجد بداخلها نهايات عصبية تصل إلى اللب، الذي ينفعل بدوره لمقاومة الأثر الضار للجراثيم فتحتقن الأوعية الدموية فيه وتضغط على نهايات الأعصاب داخل جوف السن مسببةً ألماً يكون مبرحاً في بعض الأحيان. وتزداد الحالة سوءاً كلما ازداد تنخر العاج، وفي مرحلة متقدمة يبدأ اللب بالتموت، وبعد موته، يتوقف الألم، لكن ربما يبدأ تشكل خراج عند نهاية جذر السن (ذروة السن) مما يؤدي إلى حدوث آلام جديدة ذات مصدر التهابي (راجع الخراجات السنية ص 548).

الأعراض: عادة، وفي مراحل النخر الأولى، وعندما يكون النخر لا يزال في طبقة الميناء، لا يوجد أية آلام نظراً لخلو الميناء من الأعصاب، ولكن تبدأ الآلام في مرحلة متقدمة

عندما يصل النخر إلى منطقة العاج، نظراً لاحتوائها على نهايات عصبية. يكون الألم في بداية الأمر خفيفاً ومثاراً بواسطة تناول الحلويات أو الحوامض، أو بسبب تناول أشربة ساخنة أو باردة. وأثناء سير عملية النخر ربما يحدث ذلك طعماً غير مستحب في الفم ورائحة كريهة، مع العلم أنه في بعض الأحيان يصعب تمييز السن المصابة.







1) الحموض الناتجة عن فضلات الطعام تسبب نخر الميناء.
2) وعندما يصل النخر إلى العاج تتابع الحموض نخر العاج
3) يصل النخر إلى اللب، وكذلك تصل الجراثيم فيصاب اللب بالأخماج ويحدث خراج سني.

المضاعفات: لا تسبب نخور الأسنان أية مضاعفات إذا عولجت في مرحلة مبكرة، ولكن الخطر يكمن، مثلاً، عند الأشخاص الذين يعانون من أمراض قلبية، فبعدما تتشكل الخراجات السنية يمكن أن تعبر الجراثيم إلى الدم مما يسيء إلى المريض (راجع التهاب شغاف القلب ص 478) وطبعاً هناك خطر ناتج عن عملية القلع بحد ذاتها عند الأشخاص المصابين بأمراض عامة، كمرض السكري والناعور وغيرها.

العلاج: الوقاية خير من العلاج دائماً، لذلك يجب الاعتناء بالأسنان جيداً، وتنظيفها بالفرشاة والمعجون مرتين على الأقل كل يوم، واحدة في الصباح وأخرى قبل النوم، وبزيارة طبيب الأسنان مرة كل ستة أشهر للتأكد من سلامتها، والمبادرة فوراً لمعالجة أية مشكلة طارئة، وترميم أي نخر حادث، وتعويض أي سن يُفقد دون تأخير، وتنظيف الأسنان عند طبيب الأسنان مرة واحدة كل (6 ـ 12) شهراً أو حسب إرشادات الطبيب، وسينصح الطبيب بإجراء صور شعاعية إذا وجد ضرورة لها. فكل هذه الإجراءات تساعد على الوقاية وعلى كشف المشاكل في بدايتها. وإذا كان لديك أطفال فلا تسمح لهم بالنوم وهم لا يزالون يشربون الحليب أو العصير أو أي سائل آخر، خاصة السوائل المحلاة لأن السكر الموجود فيها يغمر الأسنان طوال الليل ويعمل على تنخرها. ويفضل أن يستخدم الأطفال الفلور منذ الثالثة أو الرابعة من العمر، كما يجب تعويدهم على تنظيف أسنانهم بالفرشاة خاصة قبل النوم منذ الثانية أو الثالثة من العمر.

يقوم طبيب الأسنان بتنظيف الحفرة من المواد النخرة ويضع فيها(يملؤها) حشوة نظامية، وإذا كان لب السن مصاباً فإنه سوف يستأصله ويقوم بحشي القناة السنية بمواد خاصة. وإذا كان السن متهدماً فإنه سيطلب وضع تاج فوقه ليحميه من الانكسار، وإذا اضطر إلى قلع أحد الأسنان فإنه سيطلب أيضاً المبادرة، بعد شفاء الجرح الناتج عن القلع، إلى وضع تعويض عنه بالطريقة التي يراها مناسبة، ويجب عدم التأخر في فعل ذلك.

معالجة قناة الجذر (Root canal treatment)

يوجد داخل كل سن سليم نسيج حي يسمى لب السن، يتألف من شريان ووريد وعصب، وهو يقوم بتغذية السن ويجعله حساساً للحرارة والبرودة والضغط والألم. فإذا مات هذا اللب بسبب نخر متقدم، أو بسبب صدمة على السن، أو بدون سبب، يحدث ألم وانتباج في النسج المحيطة بالسن أثناء مرحلة موت اللب، ولكن بعد موته ينعدم الألم الناتج عن عصب السن. وقد يحصل موت اللب دون أي ألم أو إزعاج. وإذا تسربت الجراثيم إلى اللب الميت فإنه يصاب بالخمج ويشكل خراجاً في نهاية جذر (أو جذور) السن المخموج (ص 548)، ومن هذا الخراج يمكن أن تنتشر الجراثيم إلى كافة أنحاء الجسم، وهذا أمر مهم يجب الانتباه إليه وتفهُّمه بشكل جيد، لأن كثيراً من الناس يعتقدون أن خراجات الأسنان أمر غير مهم ويهملون علاجها.

العلاج: لا حاجة ماسة دائماً لقلع السن المخموج الذي تشكلت على ذرى جذوره الخراجات؛ إذ يمكن معالجته بتنظيف قنوات جذوره وحشوها بطرق ومواد خاصة، وإعادة ترميم تاجه، بحيث يستمر في تأدية وظيفته دون أية مضاعفات. أما إذا فشل العلاج واستمر الخمج والألم، أو كان السن بالياً لدرجة كبيرة تعذر معها الإصلاح فلا بد في هذه الحالة من قلعه.

المحافظة على سلامة الأسنان واللثة

بشكل عام، لا بد أن تصاب أسنان الإنسان بالنخر، ولتخفيف احتمال هذه الإصابة إلى الحد الأدنى، والمحافظة على سلامة الأسنان واللثة، يجب اتباع الخطوات التالية:

1) نظف أسنانك جيداً بعد كل طعام (أو صباحاً وقبل النوم على الأقل) ونظف ما بين أسنانك بواسطة الخيط أو بالوسائل الأخرى المتاحة. وعند استعمال الفرشاة أو الخيط اتبع الطريقة الصحيحة في ذلك (هناك حبوب كاشفة للويحة السنية فإذا مضغت واحدة منها فإن الصبغة التي فيها تلون اللويحة في أسنانك).

استعمال الفرشاة: اختر الفرشاة التي تناسبك، ويستحسن أن تكون أشعارها متوسطة الليونة (ليست طرية جداً ولا قاسية). عند تنظيف أسنانك، بلِّل أشعار الفرشاة بالماء وضع عليها المعجون ثم فرشِ أسنان كل فك على حِدة. أسنان الفك العلوي تفرشها من الأعلى إلى الأسفل (أي من اللثة

باتجاه السن) وتُفرّش أسنان الفك السفلي من الأسفل إلى الأعلى. نظف جميع سطوح أسنانك جيداً ثم اغسلها بالماء.

استعمال الخيط: لاستعمال الخيط السني يمكنك سحب حوالي (40 سم) منه ولف إحدى نهايته على أصبع يدك الوسطى، من كل طرف، واترك جزءاً بسيطاً حراً بين أصابعك، ثم أدخل الجزء الحرَّ منه بين سنين وحاول فرك طرفي السنين وتنظيفهما، وعندما تنتقل إلى سنين آخرين استعمل جزءاً جديداً ونظيفاً من الخيط، وانتبه جيداً لكي لا تجعل لثتك تنزف.

2) تناول وجبة غذائية متوازنة، ولا تكثر من السكريات وخاصة اللزجة منها واللصاقة ولا تتناول وجبات غذائية أو حلويات أو مشروبات محلاة بين وجبات طعامك وأثناء النهار والسهرة، وتذكر أن الأحماض تبدأ بمهاجمة وإتلاف أسنانك بعد تناول السكريات بعشرين دقيقة فقط. وننصحك بأن لا تنهي وجباتك الغذائية بتناول الحلويات وبأن تنظف أسنانك بالفرشاة بعد الطعام بأسرع ما يمكن.

3) يمكنك أن تقوي ميناء أسنانك وتحصنها ضد النخر، لدرجة كبيرة، باستعمال مركبات الفلور (راجع التعريف ص 9)، حيث ينصح الخبراء أن تكون نسبة الفلور في ماء الشرب حوالي واحد بالمليون، ويُنصح بإعطاء الأطفال، دون الثالثة عشر من العمر، حبوب الفلور لأن ميناء أسنانهم لا يزال في مرحلة التشكل، كما ينصح باستعمال غسول فم يحوي على الفلور واستعمال معجون أسنان يحويه أيضاً، وذلك بالإضافة لوسائل أخرى يطبق فيها الفلور في عيادة طبيب الأسنان.

4) راجع طبيب أسنانك بانتظام مرة كل (6 ـ 12) شهراً، وهو سينظف أسنانك وينصحك بما تحتاجه بالنسبة لسلامة أسنانك أو لثتك.

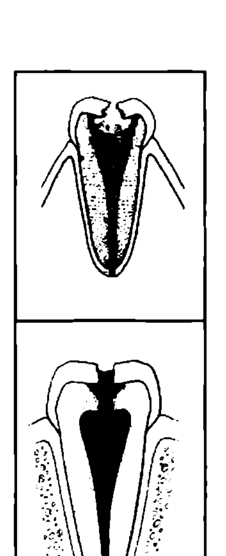
الخراجات السنية (Abscesses in teeth)

الخراج السني عبارة عن فجوة ممتلئة قيحاً تقع في النسيج المحيط بذروة جذر السن الموجود حكماً ضمن عظم الفك. يتشكل الخراج عادة بعدما يتنخر السن (ص 545) أو يموت لبه، أو عندما تتراجع اللثة تراجعاً شديداً، وأحياناً بسبب الصدمات على الأسنان. إن اللب السني المتموت مع الجراثيم الغازية المتواجدة فيه يمكن أن يخمجا النسيج المحيط بذروة السن، وحتى بعد أن تعالج قناة الجذر (ص 547)، فقد تبقى بعض الجراثيم في النسيج المحيط بقاعدة جذر السن المعالج وتشكل خراجاً مؤلماً من جديد.

إذا لم يعالج الخراج السني فإنه يخرب عظم الفك المحيط به ويحفر قناة عبر عظم الفك والنسيج اللثوي باتجاه وسط الفم، ويمكن لهذه القناة، قبل أن تصل مباشرة إلى سطح اللثة، أن تشكل انتفاخاً مؤلماً أو ناسوراً، ربما يستمر هذا الانتفاخ لأسابيع، وأحياناً قد ينفتح الخراج في وسط الفم فتتدفق منه كمية من القيح (طعمها مر) داخل الفم وعند ذلك يخف الألم بشكل مفاجئ. ولكن خروج القيح على هذا الشكل يسمح للجراثيم بالانتشار في كامل الجسم مما يسبب ضعفاً للمقاومة وتعباً عاماً.

إن أي شخص لا يراجع طبيب الأسنان بانتظام ولديه نخور سنية غير معالَجة، من المرجح أن يصاب بخراجات سنية في وقت من الأوقات، فألباب الأسنان المنتخرة والغير معالجة تتموت ومن ثم تشكل خراجات سنية في نهاية المطاف.

الأعراض: يسبب الخراج السني ألماً مستمراً أو نابضاً، وتكون السن المصابة عادة مؤلمة بشدة عند العض أو المضغ عليها، وقد تتضخم العقد اللمفاوية في العنق وتصبح مؤلمة، وأحياناً ربما ينتشر الخراج وينتبج كامل طرف الوجه الموافق للسن المصابة، وغالباً ما يترافق ذلك بارتفاع الحرارة والشعور بالتوعك.



بعدما تصل الجراثيم إلى لب السن فإنها تخمجه وتشكل خراجاً متقيحاً على ذروته، فيسيل القيح من خلال قناة الجذر إلى وسط الفم. وفي بعض الحالات قد يتشكل ناسور عبر عظم الفك ونسيج اللثة ويسيل القيح إلى وسط الفم عبر هذا الناسور.

المضاعفات: إذا لم يعالج الخراج السني فإنه يسبب انسماماً دموياً معمماً (راجع ص 519)، أو يسبب التهاب العظام المجاورة له، وما لم يجرِ طبيب الأسنان العلاج المناسب فإن الخراج السني لن يشفى أبداً.

العلاج: يراجع طبيب الأسنان فوراً إذا انتشر الانتباج إلى الوجه أو العنق. وهو سيصف مضاداً حيوياً لمنع الخمج من الانتشار أكثر من ذلك.

العلاج الذاتي: يؤخذ مسكن لتخفيف الألم، وينصح بالمضمضة بماء مملح دافئ كل ساعة، فهذايعجل بفتح وانبثاق القيح وانفراج الألم. وعندما ينفتح الخراج يغسل الفم جيداً من القيح بواسطة المضمضة وبعدها يراجع طبيب الأسنان.

العلاج الاختصاصي: عادة يقوم طبيب الأسنان بقلع السن المخموجة إذا كانت خلفية ومنتخرة بشدة، أو إذا كانت سناً لبنية (مؤقتة). أما في حال الرغبة بعلاج السن للحفاظ عليها فإن الطبيب يفتح ثقباً عبر السطح الطاحن، (عبر تاج السن) وصولاً إلى حجرة اللب (وهذا وحده يساعد أحياناً على نضح القيح المضغوط وتخفيف الألم)، ثم يطهر وينظف حجرة اللب والأقنية الجذرية بأدواته الخاصة، ويكرر ذلك في عدة جلسات متفرقة، ثم في مرحلة لاحقة يضع حشوة خاصة ضمن الأقنية الجذرية وحجرة اللب وينهي بحشوة نظامية. وبعد حوالي ستة أشهر ربما يجري صورة شعاعية للناحية للتأكد من أن عظماً ونسيجاً جديدين قد نميا داخل الفجوة التي خلفها الخراج، فإذا حدث ذلك فلا حاجة لمزيد من المعالجة على الأرجح.

في بعض الحالات يترك الخراج السني باحة صغيرة مخموجة في جذر السن حتى بعد إجراء المعالجة الناجحة، ولا تجدي المضادات الحيوية في إبادة الخمج الدائم هذا. ولمعالجة هذه الحالة يجري طبيب الأسنان عملية جراحية بسيطة تستأصل فيها ذروة السن المصابة، حيث يتم، بعد تبنيج المنطقة بمخدر موضعي، إجراء شق صغير فيها ثم يزال العظم الذي يغطي ذروة جذر السن المصاب وتستأصل النسج المتموتة وجزء الجذر المخموج، فإذا فشلت هذه المحاولة أيضاً في تحقيق شفاء السن فإنه يصبح لا مفر من قلعه وتعويض مكانه بجسر ثابت، في مرحلة لاحقة (ص 559).

تغير لون الأسنان (Discolored teeth)

تفقد الأسنان لونها وبريقها لأسباب مختلفة، وما نعنيه هنا هو غير الاصفرار الخفيف الذي يشاهد في أسنان المسنين. فدخان التبغ يسبب بقعاً سطحية بنية أو سوداء اللون، وهناك أطعمة ومشروبات معينة (مثل القهوة) تسبب بقعاً سنية أيضاً، هذا وإن موت لب السن يعطيه لوناً رمادياً داكناً. ويوجد بعض العقاقير إذا أخذت بجرعات كبيرة، أو في أوقات حرجة، أثناء الطفولة الأولى تسبب تشكيل ميناء مشوهة عديمة اللون أو غامقة، وهناك أيضاً بعض أخماج الطفولة كالسُعال الديكي والحصبة تسبب بقعاً عديمة اللون في الأسنان، وكذلك تناول كميات مفرطة جداً من الفلور، الذي يوجد بهذه النسب المرتفعة في مياه بعض الينابيع الطبيعية في بعض مناطق العالم، تُحدث علامات بنية أو بيضاء اللون على الأسنان.

العلاج: يمكن علاج بعض تبقعات وتلون الأسنان البسيط بإزالتها في عيادة طبيب الأسنان بواسطة جهاز وأدوات ومستحضرات خاصة. أما إذا كان تبقع الأسنان وتلونها شديداً فيمكن علاجها بتركيب تيجان من البورسلين لها لون الأسنان الأساسي. وإن كان السن متهدماً كثيراً جداً يمكن عندها تركيب التاج على وتد يغرس في جذر السن، كما أن هناك طرقاً أخرى يضيق المقام هنا عن شرحها.

تقويم الأسنان (Orthodontia)

في الوضع الطبيعي والمثالي للأسنان، نجدها تتوضع بشكل نسق منتظم الواحد منها بجانب الآخر في كل فك وبدون تراكب أو فراغات فيما بينها، وذات أحجام طبيعية ومناسبة تماماً لحجم الفكين.

إطباق الأسنان هو العلاقة بين أسنان الفك العلوي وأسنان الفك السفلي عندما يكون الفم مغلقاً. في الحالة الطبيعية والنظامية تتبارز الأسنان العلوية قليلاً جداً عن الأسنان السفلية، وتتشابك حدبات (Cusps) الأسنان الخلفية مع الوهاد الموجودة في الأسنان المقابلة الموجودة في الفك المقابل، وتقع أسنان الفك العلوي الأمامية إلى أمام أسنان الفك السفلي الأمامية

وتغطي جزءاً منها (حوالي 25% ـ 35% من واجهة السن). القليل من الناس لديهم أسنان مصفوفة بشكل كامل وصحيح ومنتظمة تماماً.

عند بعض الناس تكون أحجام أسنانهم أكبر مما تستوعبه فكوكهم فنجدها تبزغ منزاحة نحو الأمام أو الخلف، أو تتراكب على مجاوراتها بشكل معيب ومشوه، أو ربما تكون أحجام أسنانهم أصغر من أحجام فكوكهم مما يسبب حدوث مسافات وفراغات بين الأسنان، وإذا كان الفك السفلي أصغر من الفك العلوي والشفتين أيضاً صغيرتين، سيبرز الفك والأسنان العلويان إلى الأمام. في الحالة الطبيعية كما أسلفنا، تتوضع أسنان الفك العلوي أمام أسنان الفك السفلي، ولكن في بعض الحالات تعض الأسنان الدائمة الأمامية العلوية خلف الأسنان السفلية مباشرة وهذا يسمى العضة المعكوسة. وقد يمنع موضع الأسنان الخلفية إطباق باقي الأسنان على بعضها بشكل صحيح وتبقى مسافة بين أسنان الفكين العلوي والسفلي في الناحية الأمامية وهذا يسمى العضة المفتوحة.

ليست الوراثة وتركيبة أسنان وفكي الإنسان هي السبب الوحيد لعدم انتظام الأسنان. فتراكب الأسنان، في بعض الأحيان، ينتج عن فقدان الأسنان اللبنية (المؤقتة) في وقت مبكر، أو فقدان بعض الأسنان الدائمة في وقت مبكر أيضاً دون تعويض بديل عنها أو وضع ما يحفظ المسافات الطبيعية بين الأسنان (حافظات مسافة). فعلى سبيل المثال عندما تنفقد الأرحاء الأولى الدائمة في وقت مبكر فإن الأرحاء الثانية تتقدم نحو الأمام في الفك وتملأ الفراغ الذي خلَّفه فقدان الرحى الأولى، ثم عندما تبزغ الأنياب والضواحك الدائمة بين عمر (10 ـ 12) سنة قد تتراكب خارج القوس الطبيعي للأسنان، وفي بعض الحالات قد لا تبزغ أبداً.

يسبب تراكب الأسنان حدوث نخور فيها وأمراضاً في اللثة بسبب صعوبة تنظيف المسافات بينها، وإذا كان التراكب شديداً فإنه ربما يسبب صعوبة في مضغ الطعام ويسيء إلى الناحية الجمالية.

إن التراكب البسيط، أو سوء الإطباق المحدود، في الأسنان خاصة عند اليافعين، حالتان يستطيع الطبيب المختص بتقويم الأسنان أن يعالجها بالشكل المناسب. أما إذا كانت المشكلة كبيرة ومعقدة، وكان من الممكن أن تسبب ضرراً أو فقداناً للأسنان الدائمة فمن الواجب تصحيحها. إذا لاحظت أن أطفالك الصغار قد بدأ يظهر عندهم حالة سوء إطباق أو أسنان متراكبة فاسأل الطبيب المختص عن الوقت المناسب بالنسبة لهم للبدء بتقويم أسنانهم. وعادة تكون مرحلة الطفولة والمراهقة الباكرة هي أفضل الأوقات حيث تكون الأسنان في مرحلة البزوغ والفكان لا زالا في مرحلة النمو والتطور، كما أن نسيج العظم، في هذه الفترة، يكون غير متصلب بعد ويسمح بحركة السن. (العمر المقترح ما بين 12 ـ 13 سنة).

العلاج: إذا كان شخص بالغ يعاني من مشكلة ثانوية بسيطة، فربما يقلع له طبيب أسنانه

بعض الأسنان أو يُزوده بجهاز خاص لتصحيح التراكب أو سوء الإطباق. أما إذا كانت أسنانه متراكبة جداً أو عنده سوء إطباق شديد، أو إذا كان فكه بارزاً أو متراجعاً، فمن الممكن تصحيح هذه الأوضاع جراحياً، أو ربما يكون الحل بقلع بعض الأسنان وتعويضها بوضع جسور.

أما عند الأطفال فيستطيع طبيب الأسنان معالجة التراكب البسيط، فإذا كانت الحالة متقدمة، أو شديدة السوء، فلا بد من مراجعة أخصائي تقويم مختص في تصحيح الأسنان المتوضعة بشكل غير نظامي وهو سيقدم ما يلزم من إجراءات لإعطاء الأسنان وضعاً نظامياً ومنظراً جميلاً. وعادة، يقلع بعض الأسنان ليفسح المجال للأسنان الباقية حتى تتوضع بشكل منتظم وصحيح وجميل، ويستخدم لذلك عدة طرق وأدوات ووسائل ويلجأ إلى تطبيق ضغط وشد على الأسنان حسب الحاجة مع المراقبة المستمرة والتعديل الدائم لحين الوصول للنتيجة المرغوبة. ويفضل أن يبدأ العلاج، بشكل عام، ما بين الثانية عشر والثالثة عشر من العمر ويستمر لمدة (12 ـ 36) شهراً حسب درجة سوء الإطباق والتراكب، ويتوجب مراجعة الطبيب كل (3 ـ 6) أسابيع لمراقبة وتعديل الوضع حسب الضرورة. وفي المرحلة الأخيرة من العلاج تثبت الأسنان في وضعها الجديد المنتخب لفترة عدة شهور، وهذا التثبيت مهم جداً لأن إنهاء العلاج بدونه يجعل الأسنان تتحرك من جديد باتجاه مواقعها السابقة.

وننبه المصاب لضرورة بذل جهد إضافي لتنظيف الأسنان والاعتناء بها خلال فترة وجود جهاز التقويم في فمه، لأن هذه الأشياء التي يضعها الطبيب على الأسنان، وفي الفم، بقصد تقويم الأسنان تحجز الطعام والفضلات في المسافات الموجودة فيما بينها وبين الأسنان مما يهيئ الفرصة لحدوث نخور سنية وأخماج وإصابات لثوية.

فقدان الأسنان (Missing teeth)

إن فقدان الطفل لأحد أسنانه الدائمة في مرحلة مبكرة (غالباً يفقد الطفل الرحى الأولى الدائمة، التي تبزغ مرة واحدة، في عمر الست سنوات) يحدث له مشكلة سيئة في المستقبل ما لم يتم اتخاذ الإجراءات اللازمة لمنع هذه المشكلة.

أما البالغون فيفقدون أسنانهم إما بسبب النخور السنية المهملة، (الأرحاء والضواحك هي أكثر الأسنان عرضة للنخور بسبب ما تحويه من وهاد وأخاديد على سطوحها الطاحنة)، أو بسبب عدم تمكن الأسنان من البزوغ في مكانها الصحيح فتبزغ بشكل خاطئ مما يؤدي إلى قلعها، أو بسبب انحشار (انحصار) الأسنان لعدم توفر مسافة كافية لها للبزوغ بشكل سليم علماً أن أكثر الأسنان عرضة لهذا الاضطراب هي أسنان العقل والأنياب، أو بسبب حادث م طارئ.

إن فقدان الأسنان وعدم تعويضها، أي وجود فراغ في الفم مكان السن المفقود، يؤدي إلى بروز أو تطاول السن المقابل للفراغ إلى هذا الفراغ الطارئ، وهذا ربما يؤدي، في المستقبل، إلى فقدان هذا السن أيضاً، وفي نفس الوقت تميل الأسنان المجاورة للفراغ باتجاه الفراغ فتحدث فراغات بينها وبين الأسنان المجاورة مما يؤدي، بالتالي، إلى انحصار الطعام في هذه الفراغات وإحداث نخور سنية، وفي نفس الوقت يضطرب الإطباق، في هذا الجانب من الفم، وربما يضطر المرء إلى المضغ على الجانب الآخر من الفم فيجهد أسنان هذا الطرف، وتصاب أسنان الطرف المهمل بالنخور وتصاب لثته بالالتهاب بسبب عدم مضغ الطعام عليها وحرمانها من المسَّاج الطبيعي الذي يحدثه مضغ الطعام، وربما يحدث ألم في المفصل الفكي الصدغي.

سن هابطة باتجاه المكان الفارغ
السن المفقودة
سن مائلة باتجاه الفراغ الحادث

اضطراب ترتيب الأسنان بسبب عدم تعويض السن المفقودة

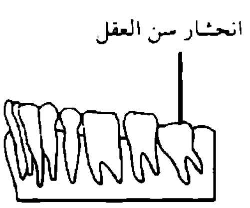
العلاج: إذا فقد الطفل أحد أسنانه الدائمة أو المؤقتة، في مرحلة مبكرة، فيجب وضع حافظة مسافة تؤمن استمرار وجود فراغ نظامي يسمح في المستقبل للسن الدائم البديل بالبزوغ بشكل سليم وصحيح.

أما إذا فقد شخص بالغ بعض أسنانه فيمكن تعويضها بأسنان صناعية وذلك بعمل جسر أو تركيب أسنان صناعية متحركة (صفيحة) أو بأية طريقة أخرى.

مشاكل أضراس العقل (Problems with wisdom teeth)

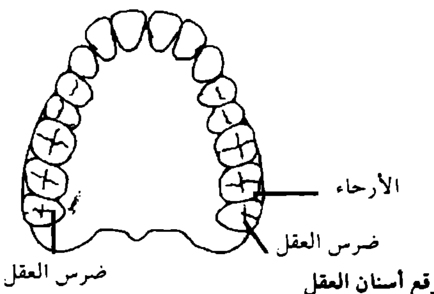
إن آخر سن في رتل الأسنان، من كل جانب، هو ضرس العقل (الرحى الثالثة)، وبذلك يكون عند كل إنسان، في الحالة الطبيعية، أربعة أضراس عقل، واحد في كل جانب من الفك، اثنان في الأعلى واثنان في الأسفل.

تبزغ أضراس العقل، بشكل عام، بين سن السابعة عشر والواحدة والعشرين سنة من العمر، لكنها قد لا تبزغ أبداً كلها أو بعضها، وهذا يعني أنها قد تكون غير موجودة أصلاً، أو مطمورة ضمن الفك ولم تبزغ، وليس في ذلك أية مشكلة عادة. ولكن المشكلة تحدث عندما تكون أضراس العقل محصورة وتبزغ بزوغاً ناقصاً (أي لا تبزغ كلياً)، أو تكون مائلة إلى الأمام، فتتراكم الفضلات في المسافة المتشكلة بينها وبين السن الذي أمامها مما يؤدي إلى حدوث نخور فيهما معاً وحدوث التهابات لثوية، مما يسبب إزعاجاً وطعماً سيئاً ورائحة كريهة في الفم، وربما تحدث التهابات وخراجات وآلام وانتباج في المنطقة كلها.



انحشار سن العقل

هو حالة لا يجد فيها سن العقل مسافة كافية له فيبرز بزاوية مائلة نحو الأمام ويبقى محصوراً. وعادة تحل المشكلة بقلع سن العقل نفسه.



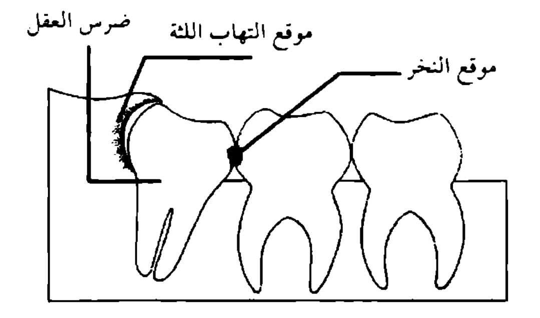
موقع أسنان العقل

تقع أضراس العقل خلف الرحيين الأولى والثانية في كلا الفكين العلوي والسفلي.

العــلاج:

العلاج الذاتي: يمكن أخذ مسكن للألم والمضمضة بماء فاتر مملح ريثما يراجع الطبيب.

العلاج الاختصاصي: عادة يصف الطبيب مضادات حيوية ومسكنات ألم يستعملان لحين الشفاء التام وغياب الأعراض كلها. وقد يتطلب الأمر إجراء تصوير شعاعي للسن، وبعدها ينصح بقلع السن.



خمج اللثة

إذا بزغ سن العقل جزئياً، فإن الطعام والجراثيم يمكن أن تتجمع وتنحبس تحت طرف اللثة وتسبب تنخراً في السن، وتعفناً في البقايا المحصورة والتهاباً باللثة ورائحة فم كريهة.

مشاكل طقم الأسنان (بدلة الأسنان) (Denture problems)

لقد وصل التقدم العلمي اليوم في طب الأسنان إلى مرحلة جيدة بحيث يمكن صنع طقم أسنان ممتاز بأسنان تبدو كأنها طبيعية، ولكن في الحقيقة لا يمكن لطقم الأسنان هذا أن يحل تماماً مكان الأسنان الطبيعية، أضف إلى ذلك احتمال إحداث هذه الأطقم لقرحات مؤلمة في اللثة أو في نسج الفم، وتَنَكُّسٌ في عظم الفك تحت اللثة.

بالنسبة للصفائح السنية (طقم أسنان جزئي) فإنها تحمِّل الأسنان المجاورة لها، والتي تثبت الأسنان الصناعية عليها، عبئاً مزعجاً، ونجدها غالباً تحصر فضلات الطعام بينها وبين الأسنان الطبيعية مما يسبب نخوراً سنية، والتهابات لثوية، وحتى إحداث التهاب حول السن.

الأعراض: أول أعراض الضغط الذي يحدثه طقم الأسنان على اللثة هو الألم، خاصة أثناء الأكل، وتحمر اللثة أو تبيض في مكان الضغط الزائد، أو ربما يحدث قرحة واهتراء فيها، فإذا لم تعالج هذه المشكلة فربما تصبح اللثة متقرحة ونازفة ومؤلمة جداً.

بعد استعمال طقم الأسنان، لعدة سنوات، تتشكل رفادات قاسية من نسيج الفم المخاطي في مناطق ضغط الطقم وعند نهايات حوافه، وكذلك يحدث امتصاص عظمي طبيعي في عظام الفكين مما يجبر على إغلاق الفم أكثر حتى يحصل إطباق الأسنان على بعضها. ومع مرور الوقت، وازدياد ضمور اللثة وامتصاص عظم الفكين، يصبح طقم الأسنان واسعاً ومتخلخلاً، وتصبح الوجنتان غائرتين ويبرز الفك السفلي إلى الأمام، وتصبح العضة منخفضة كثيراً والمنطقة السفلية من الوجه كثيرة التجاعيد، وربما يحدث ألم في المفصل الفكي الصدغي بسبب الضغط الزائد الذي تحدثه عضلات المضغ أثناء تناول الطعام.

المضاعفات: أهم المضاعفات هو حدوث تغير في شكل الوجه والفم والفكين، أضف إلى ذلك أن الضغط الزائد الذي يحدثه طقم الأسنان على اللثة ربما يحدث التهاباً وخمجاً أو ربما يحدث، في بعض الحالات النادرة، تغيرات سرطانية في اللثة.

العلاج: على الشخص الذي يستعمل طقم أسنان مراجعة طبيب أسنانه مرة واحدة، على الأقل، كل سنة ليفحصه ويفحص صحة وسلامة فمه ولثته، وكذلك الحال إذا كان لديه طقم جزئي أو جسر، وإذا عانى من آلام أو قروح أو نزوف فموية يراجع الطبيب فوراً.

العلاج الذاتي: ينزع طقم الأسنان الكامل أو الجزئي أثناء الليل، بشكل دائم، لإعطاء اللثة فرصة للراحة والترمم، ويجب الحرص على وضعه في كأس ماء (وإن كان ذلك صعباً فيغسل جيداً ويجفف ويلف بقماشة). وفي كل الأحوال يجب أن تنظف الأسنان الصناعية بشكل جيد جداً مرة واحدة كل يوم على الأقل، وكذلك تنظف الأسنان الطبيعية الموجودة وخاصة المناطق حول قاعدة الأسنان. وعلى من يستعمل أسناناً صناعية، ويوجد في فمه قرحات، أن يحرص على تنظيفها جيداً وغمرها ليلاً بمحلول منظف مخصص لهذا الغرض، وكذلك يفرك جيداً (مسَّاج) لثته بإصبعه يومياً.

العلاج الاختصاصي: إذا سببت الأسنان الصناعية أية مشاكل يراجع طبيب الأسنان.

التهاب اللثة (Gingivitis)

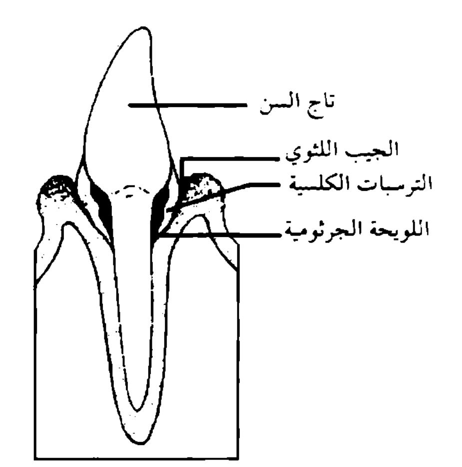
التهاب اللثة هو المرحلة المبكرة من التهاب ما حول السن، تسببه اللويحات السنية التي هي تراكمات لزجة من الجراثيم والمخاط وجزيئات الطعام التي تتجمع عند قاعدة الأسنان، أو ربما يسببه نقص في فيتامين ما (خاصة فيتامين ـ C)، وبعض اضطرابات التغذية وأمراض الدم، وغيرها، ولكن يبقى أهم سبب لحدوثه هو إهمال صحة الفم.

يظن الباحثون أن التهيج الذي تحدثه اللويحات السنية في نسج اللثة يسبب التهابها وتورمها، وعندما تتورم ينشأ بينها وبين السن المجاور لها جيب صغير يشكل مأوى للجراثيم

والفضلات مما يزيد في تورم اللثة وازدياد عمق الجيب، فإذا أهملت الحالة فإنها تتطور إلى التهاب حول السن.

إن التهاب اللثة بشكله الخفيف شائع كثيراً عند البالغين، وخاصة عند النساء الحوامل ومرضى السكري والمهملين لنظافة أفواههم.

الأعراض: تكون اللثة السليمة متماسكة وثابتة وذات لون زهري، أما اللثة الملتهبة فتكون حمراء اللون، وطرية، ولامعة، ومتورمة، وتنزف بسرعة حتى بدون سبب أحياناً، وإذا لم تعالج فإنها تتطور إلى التهاب ما حول السن.

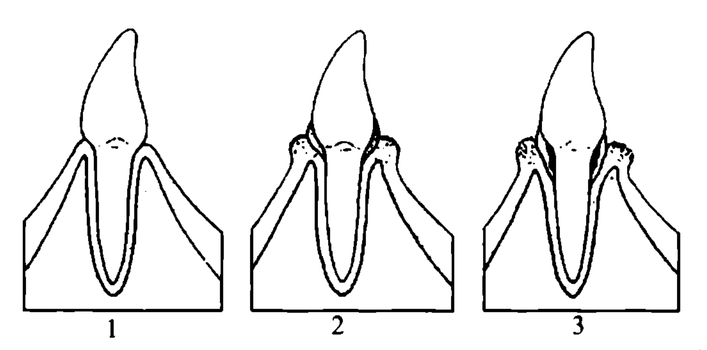


إن إهمال نظافة الفم يسمح بتراكم الترسبات في منطقة عنق السن، وتحت أطراف اللثة مما يسبب مشاكل لثوية. والاعتناء بنظافة الفم ومراجعة طبيب الأسنان بنظام يمنع حدوث هذه المشكلة.

العـــلاج:

العلاج الذاتي: الاعتناء بنظافة الفم والأسنان وتنظيفها بالفرشاة مرتين على الأقل كل يوم، مرة صباحاً وأخرى قبل النوم، ويفضل تنظيف الأسنان بعد كل وجبة طعام، وتنظيف ما بين الأسنان أيضاً، باستعمال الخيط، مرة واحدة كل يوم، ومراجعة طبيب الأسنان مرة على الأقل كل سنة، لإجراء فحص روتيني للفم والأسنان واللثة.

العلاج الاختصاصي: في الحالات المتقدمة من التهاب اللثة، يزيل طبيب الأسنان اللويحات والترسبات الكلسية القاسية المترسبة على الأسنان، ويعطي غسولاً فموياً مضاداً



كيف يتطور مرض اللثة:

إن عدم تنظيف الأسنان، أو تفريشها بشكل غير كافٍ، يسمح بتشكل اللويحة السنية، مما يساعد على حدوث التهاب لثوي.

1) تنطبق اللثتان السليمتان انطباقاً محكماً حول عنق السن، وتكونان بلون زهري أو بني ولا تنزفان بسهولة.

2) إن السماح بتراكم اللويحة بين الأسنان واللثتين يمكن أن يسبب التهاباً مؤلماً، وتجد اللويحة المهملة الواقعة بين السن واللثة طريقها إلى جزء من العظم والألياف الملاصقة للسن.

3) وهنا قد تتمكن الجراثيم التي تأويها اللويحة من إحداث أذية شديدة.

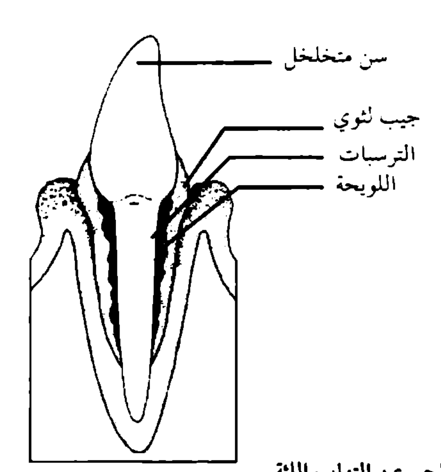
للجراثيم، وفي معظم حالات التهاب اللثة نجدها تستجيب للعلاج وتعود طبيعية، ولكن ترسب المواد الكلسية على الأسنان يحدث عند بعض الناس مهما بالغوا في الاعتناء بنظافة أسنانهم، لذلك، عند هؤلاء، لابد من مراجعة طبيب الأسنان مرة كل ستة أشهر لإزالة هذه الترسبات وتنظيف أسنانهم، وعلى المرء بالإضافة إلى ذلك الاستمرار بالعناية الشخصية بتنظيف أسنانه بالفرشاة بشكل نظامي، والاعتناء بها.

عدم تنظيف الأسنان وإهمالها: إن عدم تنظيف الأسنان بالشكل الصحيح يسمح بتراكم اللويحات السنية ويؤدي بالتالي إلى التهاب اللثة، وتبقى اللثة ملتهبة، ومتقرحة (أحياناً)، إلى أن تتم إزالة اللويحات السنية. فإذا أهملت الحالة كلياً فقد يتطلب الأمر قلع السن في نهاية المطاف.

التهاب حوالي السن (Periodontitis)

إذا لم يعالج التهاب اللثة فإن الحالة تزداد سوءاً وتتطور إلى التهاب ما حول السن. ففي حالة التهاب اللثة تتجمع اللويحات السنية، الحاوية على الجراثيم والمخاط وفضلات الطعام، في جيوب بين اللثة المتورمة وعنق السن، وبسبب ما تحدثه الجراثيم والترسبات الكلسية من التهاب وتخريش في المنطقة، فإن هذه الجيوب المتشكلة تزداد عمقاً وتزداد الترسبات حجماً كما تزداد الحالة سوءاً. من حيث النتيجة، وبعد عدة سنوات، يتخرب رباط السن كلياً ويتآكل العظم المحيط به ويبدأ السن بالتخلخل ويزداد اهتزازه بمرور الوقت بحيث يتوجب قلعه في نهاية المطاف، وفي بعض الأحيان قد يسقط من ذاته.

الأعراض: تتعمق الجيوب المتشكلة بين اللثة وجذر السن بشكل تدريجي، وبسبب ما يحدث فيها من تخمرات فإنها تصدر رائحة كريهة وتحدث طعماً غير مستحب، وفي مرحلة أكثر تقدماً تتخلخل الأسنان في مكانها وينكشف الجذر تدريجياً، وربما يحدث ألم أثناء تناول طعام حار أو بارد أو حلو، وربما تتشكل الخراجات داخل هذه الجيوب، وهذا يدعى الخراج اللثوي (راجع الخراجات السنية ص 548) مما يزيد في تخريب العظم المجاور.



الضرر الناجم عن التهاب اللثة

تقوم الجراثيم في اللويحة المهملة بتدمير العظم والنسيج المحيط بالسن والتي هي أصلاً تثبت السن بمكانه. وإن تراكم الترسبات الصلبة على جذر السن يساعد على تخلخلها في نهاية الأمر.

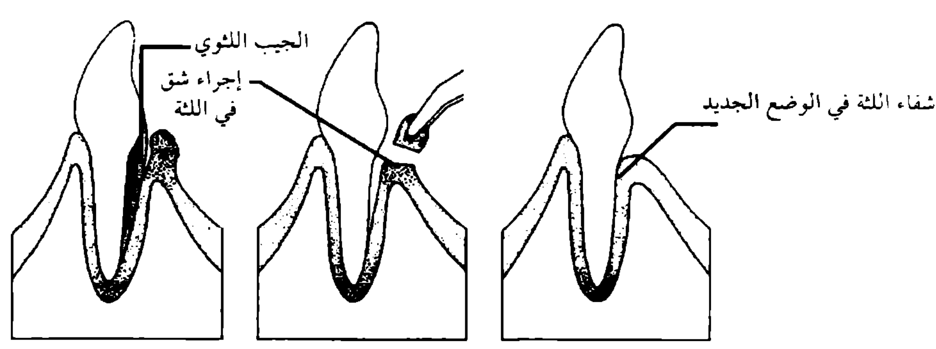
المضاعفات: يفقد البالغون من أسنانهم بسبب التهاب حوالي السن أكثر مما يفقدونه منها بسبب النخور، وهي حالة شائعة، بشكل ملحوظ، عند الشباب، ويزداد احتمال حدوثها مع تقدم العمر. فإذا كنت مصاباً بالتهاب حول السن ولم تهتم بعلاج حالتك، فمن الممكن أن تخسر جميع أسنانك وتضطر للاستعاضة عنها بأسنان صناعية.

العلاج: يمكن الحد من تقدم المرض، عادة، قبل أن يصل إلى مراحل متقدمة سيئة، لذلك يراجع طبيب الأسنان إذا لوحظ أيٌّ من الأعراض المذكورة أعلاه والمتعلقة بالتهاب ما حول السن.

العلاج الذاتي: تتبع الإجراءات المذكورة في المحافظة على سلامة الأسنان واللثة (ص 547)، مع الاعتناء بتنظيف الأسنان واللثة وما بين الأسنان بشكل خاص.

العلاج الاختصاصي: إذا تبين لطبيب الأسنان أن الإصابة في مراحلها الأولية، فإنه يعالج اللثة وأية اضطرابات سنية أخرى، ويقيس عمق الجيوب اللثوية ويسجلها للمراقبة والمقارنة، ويأخذ للفكين والأسنان صورة شعاعية لتحديد حالة العظم حول الأسنان، علماً أن الاعتناء بنظافة الفم والأسنان يساعد كثيراً على نجاح المعالجة.

أما إذا كانت الحالة متقدمة والجيوب اللثوية عميقة فربما يضطر الطبيب لإجراء جراحة للنسج حول السن واستئصال جزء من اللثة مع الجدار الطري من نسيج الجيب. وربما يضطر الطبيب، في الحالات شديدة السوء، لإجراء جراحة لإعادة تشكيل اللثة والعظم، وبعد الجراحة تغطى حافة اللثة ـ حوالي السن ـ بغطاء واقٍ يدعى كِمادة، وهذه الكمادة يجب أن تترك في مكانها لفترة أسبوع إلى أسبوعين حتى تبرأ اللثة. ولا يمنع هذا الغطاء من الأكل والشرب بشكل طبيعي. أما إذا كان الملاط الذي يغطي جذر السن متآكلاً مهترئاً فيمكن تعويضه



معالجة التهاب ما حول السن

تراكم الترسبات الكلسية واللويحة السنية بين اللثة وجذر السن فيتشكل جيب لثوي عميق. وعند المعالجة ينظف هذا الجيب ويزال جراحياً النسيج الرخو الهش للجيب. وفي الحالات الشديدة يتطلب الأمر إجراء جراحة تطعيمية.

بمادة اصطناعية تلتصق على السن، كما يمكن حماية الملاط الحساس بشكل خاص بطبقة من فلور الصوديوم، أو ينصح طبيب الأسنان باستعمال معجون أسنان خاص مضاد للحساسية المفرطة.

الضرر الذي يسببه تخرب رباط السن: تخرب الجراثيم الموجودة في اللويحات السنية المهملة، العظم والنسيج المحيطين بالسن واللذين يثبتانه في مكانه، كما تترسب مواد كلسية تؤدي إلى ابتعاد اللثة عن السن، مما يؤدي، في النتيجة النهائية، إلى تخرب رباط السن والعظم المجاور للجذر، وبالتالي تخلخل السن مما يستوجب قلعه.

ماذا يفعل طبيب الأسنان عند مراجعته

نصيحتنا لك هي أن تراجع طبيب الأسنان مرة كل سنة على الأقل، سواءً كنت تعاني من مشاكل في أسنانك ولثتك أم لا. وهو سيفحص فمك وأسنانك ولثتك بدقة وسيقدم لك ما يلزم من معالجات في مراحل الاضطرابات الأولية، وبذلك يكون العلاج أسهل، والشفاء أسرع، والإزعاج أقل. أما إهمال مراجعة طبيب الأسنان وترك المشاكل تتفاقم في الفم لحين حدوث آلام شديدة وأخماج ومضاعفات مزعجة، فإن ذلك سيجعل العلاج أصعب، والشفاء أبطأ، والإزعاج أكثر بكثير، وقد تحدث مضاعفات خطيرة.

وإذا كنت تستعمل أسناناً صناعية كاملة أو جزئية، فاعلم أنها هي أيضاً تحتاج إلى عناية واهتمام لأنها تهترئ، ويتغير وضعها ولا بد من استبدالها بين الحين والحين.

الفحوصات التي يجريها طبيب الأسنان:

1) يفحص طبيب الأسنان، قبل كل شيء، النسيج المخاطي الفموي، واللثة بحثاً عن وجود مشاكل أو أمراض لثوية، أو التهاب حول السن، أو آفات أخرى مختلفة.

2) ثم يفحص الأسنان من كل جوانبها بحثاً عن وجود أية نخور فيها، ويفحص الحشوات القديمة للتأكد من استمرار سلامتها وخاصة سلامة جوانبها.

3) يفحص إطباق الأسنان وسلامة ترتيبها ووضعها في الفم.

4) يفحص الأسنان الصناعية، الكاملة أو الجزئية أو الجسور، للتأكد من استمرار صلاحيتها وسلامتها وعدم تأثيرها على أسنانك الطبيعية المتبقية في فمك وعلى لثتك.

5) يسألك عن حالتك الصحية العامة. فمثلاً يجب الاعتناء، عناية خاصة، بالمصابين بمرض القلب إذا أراد أحدهم استعمال البنج الموضعي في علاج أسنانه أو قلعها، وتجنباً لخطر حدوث التهاب شغاف القلب الجرثومي (ص 478)، وكذلك يجب معاملة المصابين بالداء السكري والمصابين بالتهاب الكبد معاملة خاصة، وكذلك الحال بالنسبة للنساء الحوامل، والذين يعانون من أرجية تجاه بعض العقاقير كالبنسلين مثلاً.

لماذا تؤخذ الصور الشعاعية:

ـ يلجأ طبيب الأسنان إلى تصوير كامل الأسنان والفكين بالأشعة، أو بعض الأسنان، للكشف عن أمراض أو إصابات لا يمكن كشفها بالفحص العادي.

- تؤخذ صور شعاعية أيضاً للأسنان التي عولجت جذورها للتأكد من سلامة العلاج، وعدم تشكل خراجات سنية من جديد.
- لفحص حالة أضراس العقل.
- للكشف عن مقدار سلامة العظم الداعم للأسنان في حالة التهاب حول السن.
- للكشف عن مدى تلف الأسنان.
- للكشف عن جذور متبقية (قديمة أو حديثة) بعد قلع الأسنان.
- وغير ذلك.

وبعد استكمال كل الفحوصات وإجراء الصور الشعاعية يقدم نصيحته لمريضه، وماذا يجب عليه أن يفعل.

المعالجات التي يقدمها طبيب الأسنان

يقدم طبيب الأسنان لمراجعيه عدة علاجات نختصرها ونجملها كما يلي:

الحشوات (Fillings) : يقوم طبيب الأسنان بإزالة المواد المنخورة من السن، وبإعطاء الحفرة شكلاً هندسياً نظامياً يحول دون خروج الحشوة من مكانها، ثم يملؤها بالمادة الحاشية. وعادة تستعمل الحشوات البيضاء للأسنان الأمامية (لها عدة أنواع) نظراً لجمال منظرها، وتستعمل الحشوات المعدنية (المؤلفة من خلائط أساسها الفضة) للأسنان الخلفية، وهذه تمزج مع الزئبق عند استعمالها. ومن الممكن إجراء تبنيج موضعي للسن المراد إصلاحه.

التنظيف والتلميع (Cleaning and polishing): يقوم الطبيب بتنظيف الأسنان من الترسبات المتراكمة عليها بواسطة أدوات وجهاز خاص يعمل بالأمواج فوق الصوتية، ومن ثم يقوم بتلميعها إذا كان هناك ضرورة إلى ذلك.

معالجة اللثة المصابة: يجري الطبيب علاجاً عاماً للثة المؤوفة حسب درجة الإصابة. ويفضل أن تجرى معالجات اللثة عند طبيب مختص بهذا النوع من العلاج.

التيجان (Crowns): إذا أصيب السن بتلف كبير وتهدم، أو إذا انكسر وكانت جذوره سليمة ومتينة، فسيقوم طبيب الأسنان بتغطيته بتاج صناعي من البورسلان الأبيض (للأسنان الأمامية الظاهرة)، أو من البورسلان الأبيض أو من المعدن للأسنان الخلفية. ويتطلب ذلك الأمر زيارة الطبيب مرتين أو ثلاثة مرات، حيث يتم تحضير الأسنان المراد تتويجها في الزيارة الأولى ويؤخذ لها مثالاً (قالباً) ويتم صنع التاج على هذا القالب في المخبر، وفي الزيارة التالية يجرب التاج ثم يلصق. وإذا دعت الضرورة يمكن وضع تيجان مؤقتة بين الزيارات. وإذا كان تاج السن متهدماً كثيراً أو مكسوراً ويتحمل تاجاً صناعياً وكان الجذر سليماً ومتيناً، فمن الممكن صنع وتد يثبت في قناة الجذر ليساعد على تثبيت التاج عليه.

الجسور (Bridges): إذا فقدت بعض الأسنان (من سن واحد إلى أربعة أسنان) وأصبح مكانها فارغاً، وكان هذا الفراغ مجاوراً لأسنان طبيعية متينة، فمن الممكن تجهيز أسنان صناعية على شكل جسر يتم حمله وتثبيته على الأسنان الطبيعية المجاورة، بحيث يملأ الفراغات المتشكلة من فقدان الأسنان المقلوعة، ويعيد وضع رتل الأسنان إلى حالته الطبيعية. وفي هذه الحالة يقوم طبيب الأسنان بتحضير الأسنان المراد تحميل الجسر عليها، ويصنع مثالاً (قالباً) لكامل الأسنان، ومن ثم يتم تجهيز

الجسر في المخبر الخاص بذلك، وبعدها يُثبت على الأسنان الطبيعية. وعادة، تصنع الجسور التي ستوضع في مقدمة الفم من خليط من المعدن والبورسلان، وتُصنع الجسور الخلفية بنفس الطريقة أو من معادن فقط. يتطلب تركيب الجسر زيارة طبيب الأسنان ثلاث أو أربع مرات. أما إذا كان الفراغ المتشكل عن قلع الأسنان خلفياً، بمعنى أنه لا يوجد أسنان طبيعية إلا من جانب واحد هو الجانب الأمامي، عندها يمكن تحميل جسر صغير على سنين طبيعيين ويعوض سناً مفقودة واحدة، علماً أنه يمكن صنع الجسور من مواد أخرى.

القلع (Extraction) : هناك عدة أسباب لقلع السن، فربما كان السن مصاباً بتلف شديد، أو مكسوراً بشكل سيء بحيث لا يمكن علاجه، أو ربما كان متراكباً مع أسنان أخرى ويسيء إلى الإطباق أو إلى الناحية الجمالية، أو كان مخلخلاً بسبب إصابة لثوية متقدمة، أو ربما كان يمنع سناً أخرى من الظهور فوق اللثة.

قبل قلع السن، يحقن طبيب الأسنان بنجاً موضعياً، وقد يستعمل التبنيج العام في بعض الأحيان لطفل صغير أو لمريض خائف جداً. وبعد القلع يجب المحافظة على سلامة الخثرة الدموية المتشكلة مكان القلع، ولمنع النزيف يمكن وضع قطعة من الشاش أو القطن المعقمين مكان القلع والعض عليها بإحكام بحيث تضغط على الجرح وتغلقه، وتمنع النزف، وذلك لمدة نصف ساعة، وسيعطيك الطبيب أيضاً مضاداً حيوياً ومسكناً للآلام لاستعمالهما بعد القلع خشية حدوث خمج ما أو ألم شديد.

الأسنان الصناعية المتحركة (Dentures) : إذا فقدت كامل الأسنان، أو بعضها، فيجب صنع طقم أسنان كامل أو جزئي لتعويض الأسنان المفقودة، ولهذه الأطقم عدة أنواع وتصنع من مواد مختلفة.

يَثبت طقم الأسنان الكامل في الفم بسبب التصاقه بالنسيج الفموي، ويُثَّبت الطقم الجزئي (الجهاز السني الجزئي) بمشابك (شناكل) خاصة تشده إلى الأسنان الطبيعية الموجودة في الفم.

يتطلب عمل الأسنان الصناعية المتحركة عدة زيارات إلى طبيب الأسنان، وربما يتطلب الأمر إجراء عدة تعديلات عليها قبل أن تأخذ شكلها ووضعها المريحين.

وإذا فقد أحد الأسنان الصناعية، فيمكن لطبيب الأسنان أن يركب بديلاً عنه.

ملاحظة: هناك طرق أخرى مختلفة لصناعة الأسنان الصناعية المتحركة.

تقويم الأسنان (Orthodontia) : يُجرى في عيادة طبيب مختص في تقويم الأسنان (ص 550).

ـ 2 ـ
الفم واللسان (Mouth and tongue)

يغطي الفم من الداخل غشاء مخاطي (Mucous membrane) ناعم، ويزلق الفم ويبقيه رطباً ومبللاً من الداخل وجود اللعاب (Saliva) فيه بشكل دائم، هذا اللعاب تفرزه ثلاثة أزواج من الغدد اللعابية (Salivary glands) وهي الغدتان تحت اللسان (Sublingual glands) اللتان تتوضعان تحت اللسان، والغدتان تحت الفك السفلي (Submandibular glands) اللتان

تتوضعان في قاع الفم، والغدتان النكفيتان (Parotid glands) اللتان تتوضعان فوق زاوية الفك السفلي وتحت الأذن مباشرة على جانبي الوجه، هذا بالإضافة إلى أعداد كبيرة جداً من الغدد اللعابية الصغيرة المنتشرة في الغشاء المخاطي داخل الفم.

تقوم عضلات اللسان (Tongue) بتحريك الطعام في الفم أثناء مضغه، ومن ثم تشكيله بشكل كرة لبلعه. يغطي سطح اللسان مجموعة حليمات (Papillae) ومجموعة من البراعم الذوقية (Tastebuds) موزعة حولها، هذه البراعم تجعل المرء يستطيع التمييز بين أربعة أنواع من الأطعمة هي: الحلو - المالح - الحامض - المر، وهي وحاسة الشم معاً، تجعل المرء يستمتع بوجبة طعام شهية، والأهم من ذلك أنها، غالباً، تجعله يعرف إذا كان الطعام فاسداً.

إن تغيير شكل الفم، والشفاه، واللسان، يمكن من إصدار مختلف الأصوات بما في ذلك الكلام.

معظم الاضطرابات التي تصيب الفم واللسان ليست خطيرة وهي سهلة العلاج، ولكن ربما تتشكل أورام خبيثة مهددة للحياة في هذه المنطقة، لذلك يجب استشارة الطبيب أو طبيب الأسنان في حال استمر أي مرض في الفم أو اللسان أكثر من عشرة أيام.

وفي الأبحاث القادمة ندرس أهم ما يصيب الفم واللسان من أمراض.

تعليق: الفم هو أول قسم من السبيل الهضمي، والأسنان هي التي تطحن الطعام بحيث تستطيع الأنزيمات (Enzymes)، بعد ذلك، تفكيكه، بينما يقوم اللعاب بتليينه وترطيبه لجعله سهل البلع ويقوم اللسان بتحريكه وتشكيله وجعله جاهزاً للبلع.

قرحات الفم (Mouth ulcers)

تعني قرحة الفم تآكل بطانة الفم في جزء منها وانكشاف النسيج الحساس تحتها. تبدو جميع قرحات الفم متشابهة ولكنها تختلف كثيراً من حيث السبب والخطورة. **أكثر أنواعها شيوعاً وإيلاماً هي القرحات القلاعية** (Aphthous ulcers) التي تميل للظهور عند الأشخاص الواقعين تحت وطأة الإجهاد والضغوط الحياتية أو يكونون مرضى، والقرحات الرضية (Traumatic ulcers) التي تنشأ عن أذية بطانة الفم (جرح بسيط)، وهذه قد يسببها استعمال فرشاة أسنان قاسية أو جهاز أسنان سيء الصنع أو تناول طعام ساخن جداً أو عض باطن الخد أو الشفة أو اللسان.

بعض قرحات الفم تسببها الفيروسات مثل فيروس الحلأ البسيط (الفقرة التالية)، التي تسبب نفطات تتحول، في النهاية، إلى قرحات. ونادراً جداً ما تكون القرحة إشارة أولى إلى ورم ينمو في الفم (ص 568)، أو إشارة لمرض عام كفقر الدم (ص 514) أو ابيضاض الدم (ص 526).

قرحات الفم شائعة جداً، وغالباً ما تظهر القرحات القلاعية لدى المراهقين والبالغين، وتشاهد أكثر عند النساء خاصة قبل الدورة الشهرية مباشرة.

الأعراض: أول ما يشعر به المصاب بقرحة فموية هو لذعة مزعجة عندما يأكل شيئاً حريفاً (Spicy) أو حامضاً. وتبدو جميع القرحات متشابهة، فعندما تنظر إليها من خلال المرآة تراها بشكل بقعة ذات لون أصفر باهت وحوافٍ حمراء. وتكون القرحات القلاعية صغيرة لا يزيد قطرها عن 2 ـ 3 ملم، وتبدو عادة بشكل عنقودي (بشكل مجموعات) على جوانب الفم أو اللثة أو اللسان، وتدوم لمدة خمسة إلى عشرة أيام إذا لم تعالج. أما القرحات الرضية فهي عادة أكبر، وتظهر بشكل إفرادي وتدوم لمدة أسبوع أو أكثر. وعندما يكون سببها وجود سن خشن أو جهاز سني سيء فإن القرحة لن تبرأ أبداً حتى يزال السبب.

العلاج: معظم قرحات الفم لا تشير إلى مشكلة صحية رئيسية وتشفى عادة من تلقاء نفسها، ولكن إذا لم تشف خلال عشرة أيام، أو إذا عاودت مراراً، عند ذلك يجب مراجعة الطبيب للتأكد من عدم وجود مرض مستبطن خطير قد سببها. وربما يطلب الطبيب إجراء فحوصات دم أو أخذ خزعة من القرحة، لفحصها نسيجياً (مجهرياً)، وتحدد نتائج هذه الفحوصات فيما إذا كان هناك مرض مستبطن يسبب هذه القرحات، فإذا كان الحال كذلك فيجب علاج ذاك المرض. وإذا كان سبب القرحات الرضية هو استعمال جهاز أسنان سيء، أو وجود سن خشن أو سيء في الفم فيجب مراجعة طبيب الأسنان.

العلاج الذاتي: ربما يكون أفضل علاج يستطيع أن يفعله الإنسان لنفسه هو أن يحافظ على أسنانه الطبيعية والصناعية، سليمة، ونظيفة وبوضع جيد. وإذا أصيب بالقرحات يمكنه المضمضة بماء فاتر مملح، ويمكنه دهن الآفات التقرحية الناتجة عن الڤيروسات بمطهر بسيط، وفي جميع الأحوال ننصح بإزالة الأسنان الصناعية من الفم ريثما يراجع الطبيب. ومن أجل تجنب الانزعاج يجب عدم تناول الأطعمة الحريفة والحامضة.

العلاج الاختصاصي: لعلاج القرحات القلاعية المتكررة يصف الطبيب غسولاً فموياً أو كريماً يتضمن عقاراً ستيروئيدياً.

قرحة الحلأ البسيط (Cold sores)

إن ڤيروس الحلأ البسيط هو الذي يسبب هذه القرحات، حيث تحدث الإصابة على مرحلتين. في المرحلة الأولى تأخذ الإصابة شكل نفطات تظهر على الشفتين وعلى الفم، وتكون على شكل تقرحات مؤلمة، وتصبح اللثة منكمشة وحمراء داكنة، ويصبح اللسان مكمخاً (وسخاً) بسبب عدم الاهتمام بالصحة الفموية، ويمكن أن ترتفع حرارة المصاب، وقد يشعر بالوهن والتعب. وكلما كان المصاب متقدماً بالعمر كلما كانت الإصابة شديدة الوقع. أما عند الأطفال فتكون الإصابة الأولى عادة معتدلة الشدة حيث يمكن أن تمر دون ملاحظتها.

بعد شفاء الحالة تهجع الڤيروسات (Viruses) وتصبح عاطلة، لكنها تسبب إصابة أخرى إذا تعرض المصاب، سابقاً، لأشعة الشمس، أو إلى ضغط اجتماعي أو مادي، أو خلال تغيرات النظام الهرموني في الجسم (كحالات الحمل أو الحيض)، حيث تتشكل نفطات تظهر على حافة الشفة أو في مكان قريب من الفم، ثم تنفجر مشكلة قرحات مكسوة بقشرة، وهذه هي المرحلة الثانية من المرض.

لا تسبب قرحة الحلأ البسيط أية تأثيرات خطيرة على الصحة، والخطر الرئيس خلال الإصابة الأولى أنه إذا لمست التقرح ثم لمست عينيك يمكن أن تتسبب بتقرحات القرنية الحلئية (راجع ص 368).

العلاج: لا تحتاج الإصابة الأولى للعلاج، أما إذا تكررت يراجع الطبيب قبل تفشي النفطات بشكل كبير. وبهذه المرحلة من الإصابة يصف الطبيب دواءً مضاداً للڤيروسات فيقلل كثيراً من معدل تكاثرها. وبشكل شخصي يمكن وضع قطع من الثلج فوق الإصابة فيعطي شعوراً سريعاً بالتحسن.

متلازمة المفصل الفكي الصدغي (Temporomandibular joint syndrome)

تعرف أيضاً بمتلازمة الخلل الوظيفي المؤلم العضلي اللفافي (Myofascial pain-dysfunction syndrome)، وهو اضطراب يؤثر على أحد المفصلين الفكيين الصدغيين. في هذا الاضطراب تصبح عضلات الفك مؤلمة والمفصل نفسه يصبح مؤلماً، ويصبح من الصعوبة فتح الفم بشكل كامل. في بعض الحالات، ينتشر الألم إلى الأذن الوسطى أو إلى الكتف أيضاً. إن معظم الناس الذين يشكون من ألم تشنجي في عضلات الفك مصابون بمتلازمة المفصل الفكي الصدغي.

سبب هذه الحالة غير معروف، ولم تكشف الأشعة أو الفحوصات المخبرية، التي أجريت على المصابين بهذا الاضطراب، عن أي شذوذ، ولكن في بعض الحالات ربما يكون سبب ألم وتيبس المفصلين الفكيين الصدغيين، هو التهاب المفصل الرثياني (ص 720)، وفي هذه الحالة تشتد الأعراض في بداية الإصابة عند الصباح وتخف أثناء النهار.

العلاج: يقتصر العلاج على تخفيف أعراض الإصابة، كالعلاج بالحرارة موضعياً وإعطاء مسكنات الألم.

السُلاق الفموي (Oral thrush)

العامل المسبب للسلاق الفموي هو المبيضة البيضاء (Candia albicans) وهو أحد الفطور (Fungus) العديدة الموجودة عادة بأعداد قليلة في الفم دون أن يسبب ذلك أية مشكلة.

فإذا انخفضت مقاومة الإنسان الطبيعية للأخماج، لسبب من الأسباب، أو اختل التوازن الطبيعي للجراثيم الموجودة في الفم بسبب تناول مضادات حيوية، فإن هذا الفطر يتكاثر ويصبح ممرِضاً بعد ما كان هاجعاً، وقد يسبب حدوث قرحات في الفم، وفي بعض الأحيان تنتشر القرحات إلى الحلق أيضاً، وتكون ذات لون أصفر باهت ومرتفعة قليلاً، فإذا كُشطت أثناء الأكل أو أثناء تنظيف الأسنان، فإنها تترك منطقة مكشوطة مؤلمة. ومن ناحية أخرى إذا كنت تستعمل أسناناً صناعية متحركة (راجع ص 554) فإن هذا الفطر يسبب مشاكل فموية أخرى.

يصاب العديد من الناس في حياتهم، في وقت ما، بالسلاق الفموي، ويشيع السلاق كثيراً لدى الأطفال والصغار وكبار السن والضعفاء، ويمكن أن يصيب أيضاً مهبل المرأة فيسبب تهيجاً ونجيجاً مهبلياً (راجع ص 799).

العلاج: يفحصُ الطبيبُ الفم بدقة، وربما يأخذ عيِّنة من البقعة المصابة ليحللها أو يفحصها مخبرياً، وربما يجري فحوصات دم للكشف عن احتمال وجود أي مرض خطير مستبطن، حيث هناك سبب محتمل للحالة، هو فقر الدم بسبب نقص الحديد (ص 515)، في هذه الأثناء يعالج السلاق بعقار موضعي مضاد للفطور وبالاعتناء بالصحة الفموية.

إن السلاق الفموي ليس مرضاً خطيراً ويشفى بالعلاج لكنه يميل للمعاودة.

الطَلاوة أو الطَلَوَان (Leukoplakia)

في هذا الاضطراب، يثخن جزء من الغشاء المخاطي المبطن للفم أو اللسان ويقسو. يحدث هذا عادة لحماية منطقة تقرحت بسبب الاحتكاك المتكرر للنسج الفموية الذي يسببه وجود سن خشن أو أسنان صناعية سيئة، وربما كان السبب رد فعل وقائي سببه التهيج الذي يحدثه دخان التبغ المستنشق من قبل المدخن، وفي هذه الحالة يعرف الاضطراب بالتقرن عند المدخنين (Smoker's keratosis) . ولكن يمكن أن تحدث الطلاوة أيضاً بسبب تهييج التبغ لغشاء الفم في حالة مضغه مثلاً، وتكون البقعة أو المساحة التي تتشكل خلال فترة أسابيع ذات لون أبيض أو رمادي، وربما يكون حجمها كبيراً أو صغيراً، وهي في البداية لا تسبب إزعاجاً ولكن فيما بعد تقسو وتتيبس. وفي الحالات المتقدمة، ربما تحصل تنكسات خبيثة أو تشققات أو تقرحات، وتصبح البقعة المصابة حساسة للأطعمة الساخنة والحرَّة (الحريفة).

من الممكن أن يصاب أي شخص بالطلاوة، ولكنها أكثر شيوعاً لدى الكبار في السن، وتشاهد عند الرجال أكثر منها عند النساء، فإذا ظهرت لديك أعراض كتلك المذكورة أعلاه راجع طبيبك دون تأخير لأن الطلاوة حالة قد تسبق السرطان.

العلاج: يكون العلاج بإزالة السبب الذي أدى إلى تشكل بقعة الطلاوة، وهذا يعني إزالة خشونة السن الشئزة أو الخشنة المسببة للحالة مثلاً، أو إصلاح الأسنان الصناعية سيئة الصنع، أو الطلب من المدخن أن يقلع عن التدخين، ومنع المصاب من مضغ التبغ إذا كان هو سبب

الإصابة، وبإزالة السبب تزول الحالة وتشفى. وإذا لم تختفِ البقعة خلال أسبوعين فإن الطبيب يأخذ خزعة منها ويفحصها نسيجياً، وهذا الإجراء مهم جداً لأن نسبة (5%) تقريباً من مثل هذه البقع تكون خبيثة (سرطانية) (راجع ص 568).

الحزاز المسطح الفموي (Oral lichen planus)

في حالة الحزاز المسطح الفموي، تحصل تغيرات في بطانة الفم مما يسبب، في الغالب، إزعاجاً ثانوياً (بالرغم من أن التقرن الذي يتشكل بسبب الإصابة بالحزاز المسطح، الذي تثخن فيه بطانة الفم وتقسو، يكون عادة عديم الأعراض). يبدأ الاضطراب بظهور عدد من البثرات الصغيرة الشاحبة تلتصق ببعضها وتشكل شبكة مخرَّمة بيضاء من نسيج مرتفع قليلاً. وفي حالات أخرى يأخذ الاضطراب شكل بقع حمراء لامعة مرتفعة قليلاً، وتحدث هذه التغيرات عادة على باطن الخدين وجوانب اللسان.

قد تشمل الأعراض حدوث تقرح في الفم وطعم معدني جاف، أو ربما لا يوجد أعراض يمكن ملاحظتها. إن سبب الحزاز المسطح الفموي غير واضح، وربما كان سببه توتراً عاطفياً أو اضطراباً مناعياً أو تهيجاً موضعياً داخل الفم. وهو اضطراب نادر يصيب البالغين بشكل عام، ويصيب غالباً النساء في متوسط العمر أو أواخره، ومعظم المصابين به داخل أفواههم يصابون به أيضاً على جلودهم أيضاً (ص 277).

العلاج: بشكل عام، تختفي حالة التقرن عديمة الأعراض من الحزاز المسطح بشكل تلقائي تماماً، لكنها حالة لا تشفى نهائياً، بل تميل للمعاودة بشكل دائم، ورغم ذلك، يجب إزالة أسباب التهيج الموضعية، كإصلاح الأسنان الصناعية السيئة وتنعيم السن الطبيعية الشئزة أو الخشنة، وغير ذلك.

داء الفم الخندقي (Trench mouth)

يدعى هذا المرض أيضاً التهاب اللثة التقرحي الحاد، أو مرض فِنْسِنْتْ (Vincent)، وهو خمج مخرِّب ومؤلم وتقرح يصيب اللثة في المنطقة بين وحول الأسنان، تسببه الجراثيم وينتج عن مجموعة عوامل منها ضعف مقاومة المصاب للأخماج، وعدم تنظيف الأسنان واللثة بشكل صحيح وفعال، وإصابة الحلق بالأخماج، والتدخين، والتوتر العاطفي. وهو يتطور غالباً من التهاب لثة (ص 555)، ويترافق مع بعض الاعتلالات الخطيرة كابيضاض الدم، ويساعد على حدوثه قلة الراحة والتوتر وسوء التغذية، وهو نادر الحدوث ويصيب بشكل عام الناس بين سن (15 ـ 30) سنة.

يُعتقد أن هذا الاضطراب غير معدٍ، ولكنه يسبب إزعاجاً وتخريباً للأنسجة، ويؤلم جداً خاصة إذا كان الحلق يحوي على خمج أيضاً.

الأعراض: تغطىٰ الآفات غير المعالجة عادة بغشاء أصفر رمادي يمكن كشطه فيترك وراءه سطحاً نازفاً، وربما تصبح اللثة حمراء ومتورمة ومؤلمة أحياناً لدرجة تحول دون تناول الطعام. وبعد فترة من الزمن تظهر القرحات النازفة على اللثة، وربما حدث شعور بطعم معدني في الفم، ورائحة كريهة، وقد يحدث ارتفاع في الحرارة وإعياء.

العلاج: يجب إجراء العلاج بأسرع ما يمكن، فتُستأصل النسج المتضررة والمتقرحة، وتزال المهيجات الموضعية ويستعمل غسول بيروكسيد الهيدروجين (Hydrogen peroxide) الممدد لتخفيف التهاب وألم اللثة. وعندما تختفي الأعراض الحادة، يستطيع طبيب الأسنان أن ينظف الأسنان، ويعالج اللثة، ويصف مضادات حيوية، فقط، إذا ارتفعت حرارة المصاب أو إذا التهبت عقده اللمفاوية، ويجب لاحقاً تجنب التوتر، وتناول طعام مغذٍ ومتوازنٍ، والمحافظة على صحة الفم، والإقلاع عن التدخين وزيارة طبيب الأسنان مرة كلّ ستة أشهر أو كل سنة على أبعد تقدير.

أخماج الغدد اللعابية (Salivary glands infections)

إن أكثر أخماج الغدد اللعابية شيوعاً هو النُكاف (Mumps) (ص 932)، ولكن من الممكن أن تصاب الغدد اللعابية بالأخماج الجرثومية أيضاً خاصة في حالة انسداد قنواتها بحصاة أو حالة إصابتها بأذية ما، فإذا انخمجت الغدة فإنها تتورم وتؤلم، وقد تتورم العقد اللمفاوية في العنق أسفل زاوية الفك، وتصبح مؤلمة. يسيل القيح مع اللعاب من الغدة اللعابية المصابة إلى داخل الفم ويُحدث طعماً مراً، وقد يحدث تندباً في الغدة المصابة مما يؤدي إلى توقف وظيفتها.

العلاج: يعالج طبيب الأسنان، عادة، خمج الغدد اللعابية بإعطاء المصاب المضادات الحيوية إذا بدا أن سبب الخمج جرثومي المنشأ. أما الخمج الناتج عن الڤيروسات فلا تفيد في علاجه المضادات الحيوية رغم أن بعض الأطباء ينصحون باستعمالها منعاً للمضاعفات. فإذا استمر الخمج فربما يتطلب الأمر إجراء صورة أشعة للغدد اللعابية. وإذا تبين أن إحداها قد تضررت بشكل كبير فيجب أستئصالها جراحياً، ولا خوف من ذلك حيث تعوض الغدد الأخرى، اللعاب المفقود جراء استئصال هذه الغدة.

حصاة القناة اللعابية (Salivary duct stone)

هناك ثلاثة أزواج من الغدد اللعابية الكبيرة، تقع على جانبي الفم، (هي الغدتان النكفيتان، والغدتان تحت الفكيتين، والغدتان تحت اللسانيتين) لكل واحدة منها قناة خاصة تنقل اللعاب من الغدة إلى جوف الفم. فإذا تشكلت ضمن إحدى هذه القنوات، ولسبب من الأسباب، كتل كلسية صلبة، وهذا ما يعرف بالحصاة اللعابية، فإنها قد تسد تلك القناة سداً

جزئياً أو كلياً، مما يسبب انحباس اللعاب وعدم جريانه إلى جوف الفم. وأثناء تناول الطعام يزداد إفراز اللعاب فيسيولوجياً، وبالتالي يزداد حجم الكمية المنحبسة منه ضمن الغدة مما يؤدي إلى تضخمها وحدوث الألم فيها.

إن تشكل هذه الحصيات وانحباس اللعاب، ربما يحدث في أية غدة لعابية، لكن الغدد الأكثر إصابة هي الغدد تحت الفكية.

العلاج: تستأصل حصاة القناة اللعابية بعملية جراحية بسيطة، وإذا عاودت وتكرر تشكلها فإن الطبيب يشق (يشكل) فتحة دائمة تصل بين القناة وجوف الفم، بحيث يسيل اللعاب مباشرة إلى الفم وبذلك يتم اتقاء تشكل حصيات جديدة.

إذا تواجدت الحصاة ضمن جسم الغدة نفسها وسببت آلاماً ومضاعفات مزعجة فربما يتم استئصال كامل الغدة خاصة إذا تكرر حدوث أخماج فيها.

أورام الغدد اللعابية (Salivary glands tumors)

تتكاثر، نادراً، خلايا الغدد اللعابية عشوائياً وتشكل ورماً سليماً يتطور ببطء على مر السنين، وهي أكثر ما تشاهد في الغدتين النكفيتين، (الغدة النكفية غدة لعابية تقع تحت شحمة الأذن وإلى الخلف منها مباشرة). ونادراً جداً ما يتحول هذا الورم إلى ورم خبيث (سرطان) ويهدد الحياة. فإذا كانت إحدى غددك اللعابية متضخمة أو إذا شعرت بألم أو انزعاج في فمك فراجع طبيبك، وهو سيقرر ضرورة إجراء استقصاءات مخبرية وشعاعية للحالة.

العلاج: إذا ثبت للطبيب وجود الورم في إحدى الغدد اللعابية فإنه ربما ينصح باستئصال كامل الغدة جراحياً، وعادة تفحص الكتلة المتسأصلة فحصاً نسيجياً، فإذا تبين أنها من النوع الخبيث فإن الطبيب سيقرر إمكانية أو ضرورة العلاجات الخاصة بالسرطانات.

أورام الفم واللسان (Tumors of the mouth and tongue)

يمكن أن تنمو الأورام في أي جزء من أجزاء الفم ما عدا الأسنان، وهي قد تكون من النوع الخبيث أو السليم. يكون الورم السليم، عادة، عبارة عن كتلة بطيئة النمو لا تنتشر إلى المناطق المجاورة ولا تهدد الحياة، بينما تنتشر خلايا الورم الخبيث (السرطان) إلى المنطقة المجاورة وتنتقل إلى مناطق بعيدة وتهدد الحياة. إن أورام اللسان تنتشر وتنتقل خلاله بعدة أشهر، أما أورام الفم فتستغرق عدة سنوات.

الأعراض: تحدث الأورام السليمة في الفم بشكل مفرد عادة، وهي تبدأ ككتلة شاحبة صغيرة تنمو ببطء على مدى سنوات، فإذا كبرت وأصبح قطرها أكثر من (1) سم فإنها تسبب مشاكل في تثبيت الأجهزة السيئة، وتحدث تشوهاً خفيفاً في الوجه، وبالكاد هي مؤلمة. يمكن أن يتمزق الورم السليم النامي على اللسان وينزف كثيراً.

أما الورم الخبيث فيبدأ أيضاً ككتلة شاحبة صغيرة مفردة، ثم يتحول إلى قرحة ذات حوافٍ قاسية ومرتفعة ومركز هش سهل النزف. تنمو القرحة وتنتشر إلى المنطقة المجاورة من الفم، فإذا انتشرت إلى اللسان فإنها تسبب حينئذٍ تيبساً وقساوة في عضلاته مما يسبب صعوبة في الأكل والبلع والكلام، وعادة لا تكون الأورام الخبيثة مؤلمة إلى أن تنمو وتصل إلى مرحلة متقدمة.

المضاعفات: نادراً ما تحدث الأورام الخبيثة في الفم، وهي أندر عند من هم دون الأربعين من العمر، ولكنها شائعة أكثر عند من تجاوز سن الستين. تحصل أورام اللسان والشفة غالباً عند الرجال أكثر من حدوثها عند النساء والعكس صحيح لأورام بقية الفم. أما الأورام السليمة في الفم فهي نادرة كندرة الأورام الخبيثة فيه.

ليس هناك أية مضاعفات للأورام السليمة، ولكن في بعض الحالات النادرة يمكن أن تتحول من أورام سليمة إلى أورام خبيثة. من مضاعفات الأورام الخبيثة أنها تنتقل إلى أجزاء أخرى من الجسم، وكلما تأخر اكتشافها وعلاجها كلما أصبحت مهددة للحياة.

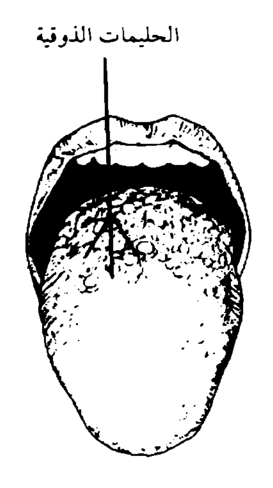
العلاج: يراجع الطبيب في الحال إذا ظهرت أية كتلة أو قرحة أو تغيُّر لون نسج الفم ولم يختفِ ذلك خلال عشرة أيام، أو إذا ساء تثبيت جهاز الأسنان الصناعي، أو إذا تيبس اللسان وأصبح من الصعب التحكم به. فإذا كان سبب المشكلة نمو ورم في الفم فإنه يتم أخذ خزعة من النسيج المصاب لفحصها نسيجياً للكشف فيما إذا كان الورم خبيثاً أم سليماً.

إن معظم الأورام السليمة لا تسبب أية مشاكل، ولكن يجب مراقبتها باستمرار لضمان عدم تحولها إلى أورام خبيثة. وفي نفس الوقت، يمكن استئصال الأورام السليمة كبيرة الحجم الموجودة على الشفة بعملية جراحية، ومن ثم يمكن إعادة الملامح الطبيعية بواسطة الجراحة التجميلية (ص 273) وهناك أطقم أسنان أو صفائح سنية خاصة يمكن بواسطتها استعادة مظهر اللثة الطبيعي.

يعتمد علاج الأورام الخبيثة ونجاحه على مرحلة تقدم المرض عند تشخيصه والبدء بعلاجه، فإذا كانت المرحلة أولية ولم ينتشر المرض بعد، فإنه يتم استئصاله جراحياً، وإذا كان منتشراً، فتطبق المعالجة الشعاعية لتخريب الخلايا السرطانية، وفي بعض الحالات تستعمل الجراحة والمعالجة الشعاعية معاً في العلاج وقد تستعمل أيضاً العقاقير السامة للخلايا. وبشكل عام تشفى الحالات التي يتم تشخيصها باكراً بهذه الوسائل من العلاج.

مشاكل اللسان (Tongue problems)

يغطي السطح العلوي للسان حليمات (Papillae) تكون في الحالة الطبيعية زهرية اللون مخملية المظهر، يقطعها شقوق تكشف عن عضلات ذات لون أحمر داكن متوضعة أسفل اللسان، لكن عند بعض الناس تحدث تبدلات مختلفة في الغشاء واللون الطبيعي للسان. معظم



مشاكل اللسان بسيطة ولا تحتاج إلى علاج اختصاصي، ولكن إذا استمرت المشكلة أكثر من عشرة أيام فعندها يجب استشارة الطبيب، مع العلم أن بعض مشاكل اللسان تتعلق بالمشاكل العاطفية. وفيما يلي نستعرض أهم وأكثر مشاكل واضطرابات اللسان شيوعاً.

1 ـ **الكتل أو القرحات على اللسان**: إن أي قرحة أو كتلة تتشكل على اللسان، ولا تبرأ خلال عشرة أيام، يجب مراجعة الطبيب بشأنها دون تأخير حتى ولو كانت المنطقة المصابة غير مؤلمة، فربما تكون الكتلة أو القرحة غير ضارة ولكن قد تكون ورماً خبيثاً أو سليماً.

2 ـ **التهاب اللسان واللسان الجغرافي**: التهاب اللسان حالة التهابية يمكن علاجها، وفيها تصبح الحليمات عشوائية التشكل ولا تغطي كامل جسم اللسان. أما اللسان الجغرافي فهو اضطراب مشابه لالتهاب اللسان ولكنه يختلف عنه في ناحيتين: الأولى: أنه يحدث كبقع تظهر وتختفي، والثانية: لا يوجد سبب أو علاج معروف له. وفي كلا الاضطرابين يصبح السطح الخالي من الحليمات، من اللسان، ناعماً وذا حوافٍ مرتفعة ولون أحمر داكن، وغالباً يحدث شعور بلذعة القرحة فيه خاصة أثناء تناول الطعام الحريف.

لالتهاب اللسان عدة أسباب تتضمن الخمج أو الأذية أو ردود الفعل الأرجية، وغالباً ما يكون عرضاً لنقص في التغذية، وفي هذه الحالة، يشفى اللسان إذا عولج المرض المستبطن بنجاح. أما إذا لم يكن هناك اضطراب مستبطن فلا داعٍ للقلق لأن التهاب اللسان يشفى بسرعة عادة.

إن استعمال الغسولات الفموية، وتجنب الطعام اللاذع، أو الساخن، وشرب الكحول، والتدخين، يساعد كثيراً على تخفيف التقرح والإزعاج.

3 ـ **اللسان المتشقق والذي تغير لونه الطبيعي**: إذا فقد اللسان لونه لأي سبب كان فليس من داعٍ للقلق. بعض الناس لديهم ألسنة متشققة بعمق أكثر من الطبيعي، مما يساعد أحياناً على تجمع الجراثيم في تلك الشقوق أو على الحليمات، وهذا يؤدي بدوره إلى تلوّن اللسان باللون الأسود أو البني الداكن، وربما كان سبب ذلك حدوث خمج فطري كالسلاق الفموي (ص 564) أو إدمان التدخين، أو تناول مضادات حيوية لفترة طويلة. وأحياناً تصبح حليمات اللسان طويلة كالشعر، وقد تسبب إزعاجاً واضحاً وتؤدي إلى نفث روائح كريهة من الفم. ورغم ذلك لا داعٍ للقلق بشأن كل هذه الاضطرابات.

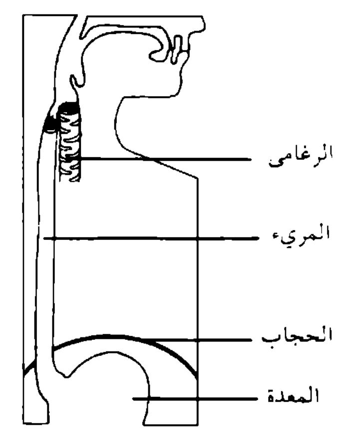
من أجل استعادة سلامة اللسان، يجب تنظيفه مرة أو مرتين يومياً بفرشاة أسنان لينة. تُغمس الفرشاة بغسول فم مطهر ويُمد للأمام أو يُشد باليد، ويُفرَّش من الخلف إلى الأمام بلطف وهدوء.

هناك حالة أخرى من زوال لون اللسان تدعى ابيضاض اللسان، وهي تشاهد أثناء الإصابة بالأمراض، خاصة منها الأمراض التي تترافق بارتفاع في الحرارة، فربما تلاحظ طبقة بيضاء أو صفراء على سطح اللسان، هذه الطبقة تتألف من تراكمات من الجراثيم وجزيئات الطعام وخلايا بشرية زائدة أو متوسطة، وكل هذا لا يستدعي القلق حيث سيعود اللسان إلى حالته الطبيعية حالما يشفى المرض. وفي هذه الحالة ليس من الضروري إجراء أي علاج لابيضاض اللسان، بل يجب، فقط، الاعتناء بنظافة الفم.

- 3 -

المريء (Esophagus)

المريء هو أنبوب عضلي يقع خلف الرغامى ويصل بين الحلق والمعدة ماراً عبر العنق والصدر. عند البلع يدفع اللسان كرة الطعام باتجاه المريء فيغلق شراع الحنك (Soft palate) الممر المؤدي إلى الأنف، وتغلق الفلكة (لسان المزمار Epiglottis) الممر المؤدي إلى الرغامى، حتى يمر الطعام إلى المريء دون أن يدخل إلى الأنف أو الرئتين، ثم تقوم تقلصات عضلات المريء بدفع الطعام باتجاه المعدة حيث تسترخي الحلقة العضلية الموجودة عند مدخلها (الفؤاد) لتسمح للطعام بالدخول إليها.



البلع

عند البلع، تنغلق الفوهة العلوية للرغامى مؤقتاً بحيث يمر الطعام إلى المريء، ومن ثم يقوم تقلص جدار المريء العضلي بدفع الطعام باتجاه المعدة.

تدعى الصعوبة في البلع، أو الألم أثناء البلع، بعسر البلع، وهذه الحالة لا تعتبر مرضا بحد ذاتها بل هي عرض تقريبا لكل أمراض المريء. وبما أن صعوبة البلع هي أهم عرض لنمو خبيث أو مهدد للحياة في المريء، يجب استشارة الطبيب فوراً عند ظهور أي مشاكل في البلع، ومع أنه من النادر حدوث اضطراب خطير في المريء، لكن إذا كان هناك اضطراب خطير فتشخيصه الباكر مهم جداً للشفاء.

الحُزقَة والفتق الفرجوي (Heartburn and hiatus hernia)

يفصل الحجاب الحاجز، وهو صفيحة عضلية بشكل قبة، الصدر عن البطن، ويخترق المريء هذه العضلة عبر فتحة أو فرجة ليصل إلى المعدة. يحدث الفتق الفرجوي عندما يضعف النسيج العضلي حول هذه الفرجة، ويبرز، نحو الأعلى إلى ما فوق الحجاب الحاجز وعبر هذه الفرجة، جزء من المريء البطيني، غالباً، مع جزء من أعلى المعدة ويصبحان في

منطقة الصدر. يشكل البروز أو الفتق انتفاخاً كالجرس عند قاعدة المريء. معظم الناس المصابون بهذا النوع من الفتوق لا يشكون من متاعب بسببها، ولكن في بعض الحالات، تؤثر هذه الحالة على فعالية الحلقة العضلية التي تحافظ على سير المواد دائماً من المريء باتجاه المعدة، وتكون النتيجة أن يصعد سائل حمضي من المعدة إلى الجزء الأسفل من المريء وهذا ما يعرف بالجزر الحمضي، أو بشكل شائع بالحرقة (التهاب المريء الجزري (Reflux esophagitis) .

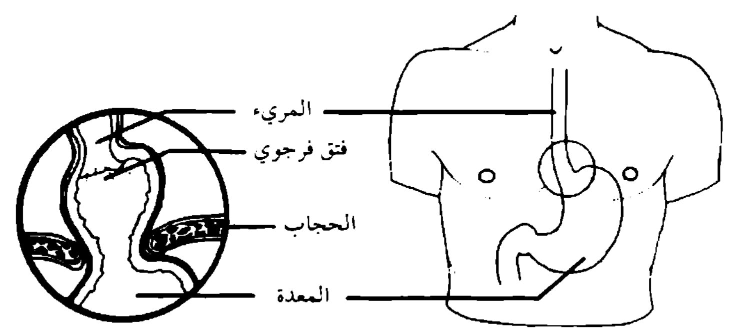
الأعراض: أهم عرض، إذا كان هناك أعراض، هو إحساس مؤلم بالحرقة في الصدر، ونادراً جداً ما يمتد الألم إلى العنق والذراعين. فإذا كان الألم شديداً، ربما يُساء تفسيره على أنه ألم هجمة قلبية (ص 456).

عند الانحناء نحو الأمام أو الاستلقاء، فإن السائل الحمضي يتدفق من المعدة إلى المريء بسهولة أكثر، لذلك تكون الحرقة أشد إزعاجاً عند الاستلقاء (في الليل).

من الأعراض الأخرى المحتملة، عودة السائل الحمضي من المعدة إلى داخل الحلق، وهذا ما يسمى بالقَلَس (Regurgitation) ، والتجشؤ (Belching) .

المضاعفات: الفتق الفرجوي اضطراب شائع كثيراً خاصة عند كبار السن المفرطي الوزن، وليس كل شخص لديه فتق فرجوي يعاني من حرقة. إن الفتق الفرجوي، في حد ذاته، ليس حالة خطيرة أو شديدة الوقع، ولكن الجزر الحمضي المستمر، يمكن أن يؤدي إلى التهاب أو حتى تقرح في المريء، وهذا يؤدي بدوره إلى تضيقه (ص 575)، وفي حالات نادرة قد تنزف قرحات المريء مما يسبب فقر دم (ص 514).

تحدث بعض حالات الفتق الفرجوي غالباً، أثناء الحمل، (راجع الحرقة أثناء الحمل، ص 830).



الفتق الفرجوي

تقع المعدة تحت الحجاب. ويمر المريء عبر فوهة في الحجاب ويدخل المعدة. بوجود الفتق الفرجوي يندفع جزء من المعدة ويمر عبر هذه الفوهة إلى جوف الصدر.

العلاج:

العلاج الذاتي: بالنسبة لشخص مفرط الوزن، فإن أحد أنجح الإجراءات الذاتية هو تخفيف الوزن (راجع البدانة ص 627)، وتجنب الانحناء للأمام، خاصة بعد تناول الطعام، وعدم ارتداء أحزمة ضيقة، ورفع رأس السرير حوالي (10) سم، وذلك لتخفيف الجَزْر ليلاً، وعدم شرب المشروبات الكحولية لأنها تزيد من حدة الأعراض، وعدم التدخين لأن التدخين يشجع على إفراز حمض المعدة، وتناول أحد مضادات الحموضة.

كما يمكن تخفيف أعراض الفتق الفرجوي بتناول عدة وجبات خفيفة يومياً بدلاً من وجبتين أو ثلاث وجبات رئيسيات.

العلاج الاختصاصي: إذا لم تنجح مضادات الحموضة في حل أو تخفيف المشكلة، يصف الطبيب عقاقير أخرى. فإذا لم تتحسن الحالة، فقد يكون هناك ضرورة لإصلاح الفتق الفرجوي جراحياً.

سرطان المريء (Cancer of the esophagus)

في هذا الاضطراب، تبدأ خلايا بطانة المريء بالتضاعف بسرعة، وتشكل ورماً يؤدي، في النهاية، إلى تضيق الممر الموصل إلى المعدة. وكما في حالات السرطانات الأخرى، فإن سبب نمو هذا السرطان مجهول على الرغم من وجود علاقة بينه وبين التعرض الطويل إلى المهيجات، كدخان التبغ والكحول.

الأعراض: أهم الأعراض هو وجود صعوبة أو ألم أثناء البلع وازدياد ذلك سوءاً بمرور الأيام. في البداية يصعب بلع الأشياء القاسية فقط، ولكن فيما بعد يصبح بلع السوائل مزعجاً أيضاً. والعَرَض الآخر هو فقدان المصاب لكثير من وزنه بشكل سريع، وربما تجشأ مخاطاً ممزوجاً مع الدم.

المضاعفات: سرطان المريء نادر جداً، يصاب به الرجال ضعف ما يصاب به النساء، وتزداد النسبة لدى المدخنين والمدمنين على شرب الكحول الذين تتراوح أعمارهم ما بين (50 ـ 60) سنة.

إذا تم الكشف عن الحالة في مرحلة مبكرة، فهناك فرص جيدة للعلاج الناجع، وإلا انتشر المرض بسرعة وسد المريء ثم انتشر إلى الأعضاء المجاورة. وعادة، يعيش المصابون، بسرطان المريء حوالي خمس سنوات أو أكثر بعد اكتشاف الحالة.

العلاج: يكون العلاج عادة باستئصال القسم المصاب من المريء، جراحياً، ثم تطبق المعالجة الشعاعية لتخريب أية بقايا من الخلايا السرطانية، أما إذا لم يكن بالإمكان إجراء عملية الاستئصال فتستعمل الأشعة لتبطئ تقدم المرض. كما يمكن أن تستعمل العقاقير السامة للخلايا.

اللاإرتخائية (Achalasia)

عندما يبلع الإنسان طعامه، وفي الحالات الطبيعية، فإنه يمر داخل المريء تدفعه تقلصات نظامية للعضلات الموجودة في جداره. في حال الاضطراب النادر المعروف باللاإرتخائية تصبح الأعصاب، التي تسيطر على عضلات النهاية السفلية للمريء، معيبة، وبالتالي تصبح تلك التقلصات غير منتظمة وغير متناسقة.

لا يعرف سبب لحدوث هذه الحالة، ولكن عندما تحدث فإنها تؤدي إلى تضيق القسم الأسفل من المريء، وتَشوهه، وانتفاخه، بسبب تجمع الطعام فيه، وعدم السماح له بالمرور إلى باقي أجزاء السبيل الهضمي.

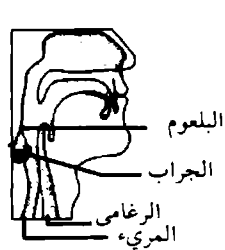
الأعراض: أهم أعراض اللاإرتخائية هي عدم راحة وألم أثناء البلع، وهناك أيضاً عدم راحة وألم مستمران في الصدر. وبسبب تراكم الطعام في المريء قد يشعر المصاب بطعم ورائحة كريهين في الفم، وأحياناً ربما يعود الطعام إلى الفم. في البداية، يصعب بلع الأشياء القاسية، ولكن، في النهاية، ستكون هناك صعوبة في بلع السوائل أيضاً.

عندما تزداد اللاإرتخائية سوءاً، لا يعود المريء يفرغ كل ما يرد له من طعام، فيصبح هناك احتمال دائم لاستنشاق بعضاً من جزيئات الطعام أثناء النوم، وهذا يسبب حدوث الأخماج في الرئتين، كذات الرئة (ص 427). وبما أن هناك صعوبة في الأكل فإنه يحدث فقدان في الوزن وسوء تغذية لدى المصاب.

العلاج: تتضمن إحدى طرق علاج اللاإرتخائية، إمرار كيس مطاطي لين، عبر المريء، ثم ملؤه بالماء، أو الهواء، لتمديد عضلات أسفل المريء، وهذا الإجراء يسمح بمرور الطعام إلى المعدة بسهولة أكثر، ولكنه إجراء مؤقت، والعلاج الدائم الفعال هو إجراء عملية جراحية تدعى شق عضلة الفؤاد (Cardiomyotomy) ، وفيها يتم شق بعض عضلات مدخل المعدة لتوسيع ممر للطعام.

الجراب البلعومي (Pharyngeal pouch)

وهو كيس، أو جراب صغير، ينمو في البلعوم (Pharynx) ، ويتوسع خلف الحلق (Throat) عند أعلى المريء تماماً. ويحصل هذا الاضطراب غالباً لدى الرجال كبار السن بسبب عدم تناسق حركة العضلات أثناء البلع. يدخل الطعام إلى الجريب أثناء البلع فينتفخ ويتمدد نحو الأسفل ويصبح شكله كالجراب. وبمرور السنوات يزداد حجمه تدريجياً وتزداد الصعوبة في البلع. وربما يظهر الجراب ذاته للعين من الخارج على العنق كانتفاخ واضح يبرز كثيراً ويكبر عند الشرب. وهناك عرض آخر لهذا الاضطراب، وهو قلس السائل أو الطعام غير المهضوم من الجراب



إلى الفم وهذا يحدث عادة بعد عدة ساعات من تناول الطعام، كما يحدث سعال مخرش وطعم معدني في الفم أيضاً.

إن أهم مضاعفات الجراب البلعومي هو احتمال دخول السائل من الجراب إلى الرئتين أثناء النوم مما يسبب خمجاً رئوياً.

العلاج: لا يحتاج هذا الاضطراب إلى أي علاج، ولكن في بعض الحالات ربما ينصح الطبيب باستئصال الجراب جراحياً، وهي عملية بسيطة نسبياً وآمنة ونتائجها جيدة.

التشنج المريئي المنتشر (Diffuse spasm of the esophagus)

هي حالة نادرة ليس لها سبب معروف، تتضمن حدوث تشنجات متكررة وغير نظامية لعضلات جدار المريء مما يسبب ألماً في الصدر وصعوبة في البلع وجَزْر حمضٍ (راجع الحرقة والفتق الفرجوي ص 571).

تتطور الحالة تدريجياً مع هجمات متقطعة لمدة سنة، وهي حالة لا شفاء منها، لذلك يجب التعايش معها، ويمكن في الحالات المزعجة، استعمال عقار مضاد للتشنجات.

تضيق المريء (Stricture of the esophagus)

هو اضطراب نادر يحدث عادة عند كبار السن، نتيجة تشكل وتراكم نسيج ندبي في المريء، سببه جَزْر حمضي مستمر (راجع الحرقة والفتق الفرجوي ص 571). بعد أن يتضخم القسم المتندب من المريء تدريجياً يزداد باستمرار تضيق ممر الطعام، وتكون النتيجة حدوث صعوبة في البلع.

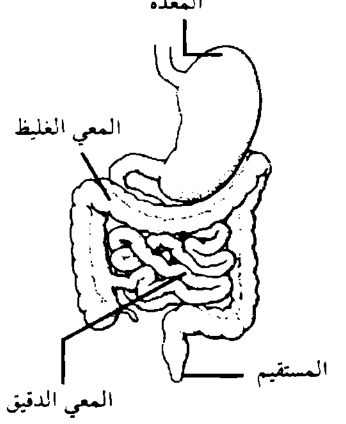
العلاج الاعتيادي للتضيق هو توسيع الممر، إما بكيس مطاطي يملأ ماءً (راجع اللاإرتخائية ـ الصفحة السابقة)، أو بإدخال قضيب معدني مرن يدعى الموسِّع (Bougie). هذا الإجراء الذي يجرى تحت التبنيج العام يجب تكراره كل بضعة أسابيع ليكون فعالاً، وربما لزم الأمر إجراء جراحة لاستئصال النسيج الندبي.

ـ 4 ـ
أخماج السبيل الهضمي (Infections of the digestive tract)

يحدث خمج السبيل الهضمي (Digestive tract)، أو الخمج المعدي المعوي (Gastrointestinal) عندما تتكاثر عوامل خمجية معينة بسرعة في المعدة والأمعاء، وهذا يسبب اضطرابات ذات أنواع مختلفة وشدات متنوعة.

تحتوي الأمعاء، بشكل طبيعي، العديد من الجراثيم غير الضارة، وفي الحقيقة، بعضها نافع، بل وهام لتصنيع بعض الڤيتامينات، ولذلك فهي متطفلات مرغوب بها. إن وجود مثل

هذه الكائنات الحية لا يعتبر خمجاً، لأن هذا التعبير يستخدم عادة ليصف وجود أعداد كبيرة من الكائنات الحية المؤذية، كتلك التي تسبب مرضاً ما. إن التكاثر الكبير لهذه العوامل الخمجية يسبب عدداً من المضاعفات كالإسهال والإقياء، بالإضافة إلى حدوث أمراض عامة أخرى في حال دخولها إلى مجرى الدم.



إن لالتهاب المعدة والأمعاء، أسباب أخرى غير الخمج، مثل الأرجية تجاه بعض أنواع الطعام (ص 942)، وشرب الكحول بشكل مفرط، وتناول الأطعمة الحريفة جداً (Spicy) وبعض الأدوية والمواد السامة. في مثل هذه الحالات، من الصعب تمييز أعراض هذا الاضطراب عن أعراض الأخماج الثانوية، ولهذا السبب تم تضمين التهاب المعدة والأمعاء في هذه الفقرات التي تعالج بشكل رئيسي الأخماج التي تحدث في السبيل الهضمي.

التهاب المعدة والأمعاء (Gastroenteritis)

التهاب المعدة والأمعاء هو تهيج والتهاب السبيل الهضمي الذي يحدث أعراض انزعاج في المعدة والأمعاء تسببه الفيروسات عادة. هذا الالتهاب يمكن أن ينتشر من شخص إلى آخر دون التشارك في الطعام أو الشراب، ومثل هذا الالتهاب هو السبب الشائع لهجمات (الـ 24 ـ أو 36) ساعة من الإقياء و/ أو الإسهال التي تدعى غالباً بالنزلات المعوية أو المعدية.

يمكن أن يحدث التهاب المعدة والأمعاء أيضاً بسبب تناول طعام أو شراب ملوث، ويمكن أن يظهر نمط مختلف عن الانسمام الغذائي عند تناول مادة سامة، كالفطور السامة، والأطعمة الفاسدة، وكذلك يمكن أن تسبب بعض الأطعمة ارتكاساً مماثلاً لدى الأشخاص المتأرجين تجاهها، كالبنادورة والكرز والبيض ومشتقات الحليب وبعض الأسماك، إضافة لإمكانيات أخرى عديدة، مع العلم أن مثل هذه الأنماط من الانسمام الغذائي تسبب أحياناً هجمات من التهاب المعدة والأمعاء قد تكون في غاية الخطورة رغم أنها لا تنجم عن خمج جرثومي.

هناك سبب آخر محتمل لالتهاب المعدة والأمعاء وهو التبدل الذي يحصل في التركيبة الجرثومية الطبيعية للسبيل الهضمي. ففي سياق الأمراض المنهكة، والتبدلات الجدارية المفاجئة على نوعية الطعام (مثلما يحدث عند زيارة لبلد أجنبي) فقد يختل التوازن لدرجة تصبح معها بعض السلالات الجرثومية أقوى على حساب سلالات أخرى، وهذا قد يحدث ارتباكاً في المعدة والأمعاء، وغالباً ما تسبب المضادات الحيوية تأثيراً مماثلاً من خلال فعلها الانتقائي والتخريبي للتوازن الجرثومي في الأمعاء.

الأعراض: تتراوح أعراض التهاب المعدة والأمعاء ما بين هجمة خفيفة من غثيان متبوع بإسهال، وما بين مرض شديد الوطأة. فقد يصاب أي إنسان بنوبة أو نوبتين من الإقياء يرافقها تغوط طري، بحيث لا تكاد هذه الهجمة الخفيفة تؤثر على أسلوب حياته أو قد يصاب بإقياء متكرر، وهجمات معاودة من الإسهال المائي مع آلام ومغوص بطنية وحمى ووهن شديد، وثم تتراجع الأعراض عادة في غضون (24 ـ 48) ساعة، ولكن في بعض الحالات الشديدة فإن الهجمة قد تدوم لفترة طويلة جداً إلى درجة إنهاكها للمصاب.

المضاعفات: التهاب المعدة والأمعاء توعك شائع جداً ومعظم الناس يصابون به في مرحلة باكرة جداً من الحياة (راجع التهاب المعدة والأمعاء لدى الأطفال ص 868).

تعتمد أعراض الهجمة على نمط وعدد العوامل الخامجة وفوعَتها (قوة مفعولها)، ومقدار السموم الموجودة في الطعام الذي تناوله المصاب، وعلى عمره وحالته الصحية العامة. تتعاظم خطورة المرض الشديد عند الأطفال والرضع فيما دون (8) أشهر من العمر، والمسنين المصابين بأمراض مزمنة.

تسبب الهجمات المتكررة من الإسهال تجفاف الجسم (فقدان سوائل الجسم) وفقداناً مهماً لأملاحه، وهذا يؤثر على كيميائية الجسم بشكل واضح، وإذا تركت الهجمة الالتهابية دون علاج فإنها قد تؤدي إلى الصدمة (ص 467).

ليس للهجمات البسيطة من الإقياء والإسهال لدى شخص سليم الصحة، أية أهمية تفوق ما يحدث لديه عند إصابته بالزكام مثلاً، ولكن عند وجود ألم معنِّد وشديد في البطن (ليس مجرد مغص عابر)، فربما يكون المرء مصاباً باضطراب بطني آخر مثل التهاب الزائدة.

العلاج: إذا لم تفلح تدابير العلاج الذاتي المنصوح بها لاحقاً في شفاء الحالة أو تحسينها بشكل ملحوظ خلال يومين أو ثلاثة أيام على الأكثر، يراجع الطبيب.

العلاج الذاتي: ينصح المصاب بهجمة التهاب معدة وأمعاء، بالاستراحة في السرير وتناول الكثير من السوائل إلى أن تزول الهجمة، وإن أفضل سائل يشرب هو الماء مذاباً فيه قليل من الملح والسكر، ويتوفر عادةً في الصيدليات مسحوق مركز لاستعماله في مثل هذه الحالات. فالإصابة بالإسهال تتطلب شرب السوائل بفواصل زمنية قصيرة (كل نصف ساعة)، إلى أن ينطرح البول رائقاً (لون البول عادة يميل إلى الصفرة) ولربما يحتاج الشخص البالغ لشرب عدة ليترات من المحلول المذكور في اليوم حتى يتوصل إلى هذه النتيجة.

وحالما يبدأ الإسهال بالتراجع، على المصاب أن ينوِّع ما يتناوله من سوائل بحيث يشمل عصير الفواكه غير المحلاَّة والشاي والحبوب المطبوخة، وغير ذلك من الأطعمة الطرية. وبعد يومين إلى ثلاثة أيام من هذه الحمية، يمكن، عادة، العودة لتناول الطعام بشكل طبيعي.

إن الأدوية المضادة للإسهال قد تخفف الأعراض، ولكنها ليست بديلة عن تعويض

سوائل الجسم المفقودة. ونؤكد هنا أن المضادات الحيوية (Antibiotics) تربك توازن الجراثيم المعوية، وتجعل الإسهال يتفاقم، ونذكر أيضاً أن التهاب المعدة والأمعاء غالباً ما ينجم عن الأحوال الصحية السيئة، ويمكن أن ينتقل بسهولة إلى الآخرين، ولذلك يجب غسل اليدين غسلاً جيداً بعد التغوط وقبل لمس الطعام.

العلاج الاختصاصي: لا يوجد معالجة نوعية لالتهاب المعدة والأمعاء الڤيروسي، فإذا كان التشخيص واضحاً، وكان الغثيان والإسهال خفيفين نسبياً، ولا علاقة لهما بأي اضطراب آخر، كالتهاب الزائدة مثلاً، فربما ينصح الطبيب بمتابعة تدابير العلاج الذاتي الموصوفة أعلاه، أما إذا كان الإقياء شديداً فقد يصف دواءً مضاداً للإقياء بشكل تحاميل أو حقن ولا ينصح بالشراب أو المضغوطات (الحبوب) في مثل هذه الحالة.

يعالج الإسهال المستمر، أحياناً، بأدوية من نمط العقاقير المخدرة، التي تسبب قساوة الغائط، وبعقاقير مضادة للتشنج المعوي، وبعقاقير تبطئ نشاط وحركة الأمعاء، وإن أياً من هذه العلاجات يتم إيقافه عادة حالما تعود الأمعاء إلى وظيفتها الطبيعية.

إذا كان الإقياء والإسهال شديدين جداً لدرجة الإصابة بالتجفاف، لاسيما إذا كان المرء مصاباً أيضاً بمرض مزمن مثل الداء السكري (ص 671)، أو مشكلات كلوية (ص 658) فربما يقرر الطبيب إدخاله إلى المستشفى بحيث يمكن تعويض السوائل التي فقدها جسمه بواسطة المصول (السيروم) التي تحقن وريدياً ليتم إعادة كيميائية جسمه إلى توازنها الطبيعي.

داء السلمونيلات (Salmonellosis)

توجد غالباً الجرثومة المعروفة بالسلمونيلَّة (Salmonella) في أجسام حيوانات المزارع والطيور الداجنة دون أن يظهر عليها أنها مريضة، فإذا تناول الإنسان لحم هذه الحيوانات فربما أصيب بالتهاب معدة وأمعاء مع بعض الأعراض المزعجة. إن تجميد الطعام لا يقتل جراثيم السلمونيلَّة، وحتى اللحوم الطازجة والسليمة ظاهرياً يمكن أن تحتوي كل هذه الجراثيم، لذلك يجب طبخ اللحوم جيداً ليتم القضاء عليها وقتلها.

أحد أسباب حدوث الخمج هو عدم ذوبان الطعام المثلج بشكل كافٍ قبل طبخه بحيث لا يتم طبخه كاملاً بالشكل الصحيح، وأيضاً وفي بعض الأحيان، لا يتم تجميد اللحم بعد ذبح الحيوان بسرعة كافية، مما يؤدي إلى تكاثر الجراثيم فيه، ويصبح مجرثماً.

يحدث داء السلمونيلاَّت، غالباً، كوباء إذا أكل عدد من الناس طعاماً ملوثاً في رحلة أو حفلة مثلاً، علماً أن الإصابة بهذا المرض لا تتم فقط عن طريق أكل اللحم الملوث بجراثيم السلمونيلَّة، بل ربما تنتقل الجراثيم من شخص مصاب إلى آخر سليم عن طريق أصابع الشخص المصاب الذي يهيء الطعام (الطباخ أو النادل) وعن طريق استعمال أدوات المطبخ الملوثة.

لذلك من المهم غسل اليدين جيداً قبل العمل بتجهيز الطعام، علماً أنه حتى بعد أن تتحسن الحالة يبقى المصاب حاملاً للجراثيم وناقلاً للعدوى.

الأعراض: العرض الأساسي للإصابة هو حدوث إسهال يترافق غالباً مع مغص بطني وإقياء وارتفاع حرارة، وأحياناً يوجد دم مع الغائط، وتختلف شدة الإسهال، فربما يتغوط المصاب مرتين فقط في اليوم أو ربما يصاب بإسهال حاد ويتغوط مرة كل (10 ـ 15) دقيقة، فإذا استمر ذلك عدة ساعات فإنه يسبب إعياء شديداً. إن هجمة خفيفة نسبياً من داء السلمونيلات يمكن تفسيرها بسهولة على أنها هجمة بسيطة من التهاب المعدة والأمعاء.

المضاعفات: أكثر المصابين بهذا المرض هم من الأطفال دون سن السادسة. وإذا انتقلت جراثيم السلمونيلا من السبيل الهضمي إلى مجرى الدم فهناك احتمال أن تستقر في أعضاء أخرى كالكبد أو الكلى أو المثانة أو القلب أو في المفاصل، وتسبب التهاباً، أو تسبب في بعض الحالات النادرة تلفاً في الكبد. إن معظم أخماج السلمونيلات خفيفة ولا يلزمها علاج، أما في حالات الهجمة الحادة فإن المصاب يفقد كثيراً من سوائل جسمه بسبب النوبات المتكررة من الإسهال وربما أدى ذلك إلى الموت نتيجة التجفاف.

العلاج: لدى مراجعة الطبيب فإنه يصف مضادات حيوية خاصة تشفى بسرعة، وإذا انتشر خمج السلمونيلا من السبيل الهضمي إلى أعضاء أخرى فإن العلاج يعتمد على الإصابة الحادثة بالإضافة إلى علاج المرض الأساسي. وفي حالات نادرة جداً تستمر بعض جراثيم السلمونيلا بالحياة، حوالي ثلاثة أشهر، في السبيل الهضمي بعد توقف الإسهال والشفاء التام، وهذه تخرج مع الغائط من وقت لآخر، وتسبب انتقال العدوى، للأشخاص الآخرين، أو إحداث عدوى ذاتية جديدة.

الزحار العصوي (Bacillary dysentery)

هو مرض قد ينتشر بشكل وباء في المناطق الفقيرة المكتظة بالسكان، وفي دول العالم الثالث الفقيرة، تسببه عصية الشيغلة (Shigella bacillus) ، وهي جرثومة تغزو بطانة القولون، وتنتشر من شخص لآخر في الظروف غير الصحية.

أهم أعراض الزحار العصوي هو تشنجات بطنية وارتفاع حرارة وإسهال، وهي مشابهة لأعراض التهاب المعدة والأمعاء (ص 576)، ولكن ربما يكون الإسهال هنا مدمًّى ويحتوي على القيح.

الإجراءات الوقائية والعلاج هي ذاتها في حالة الأخماج الخاصة بالتهاب المعدة والأمعاء (راجع داء السمونيلات ـ البحث السابق)، ولكن في بعض الأحيان تشتد الأعراض كثيراً، وفي مثل هذه الحالات توصف المضادات الحيوية بالإضافة إلى اتخاذ مختلف الإجراءات الممكنة لاستعادة ما فقده الجسم من سوائل، بسبب الإسهال.

الزحار الأميبي (Amebic dysentery)

يسبب هذا المرض طفيلي مجهري وحيد الخلية، وهو أكثر شيوعاً في المناطق ذات المناخ الاستوائي وفي الدول المتخلفة، حيث لا توجد عناية بمبادئ الصحة العامة، فينتقل من شخص لآخر بواسطة الطعام والشراب الملوثين.

أهم أعراض الإصابة هو الإسهال التشنجي الذي ربما يكون مدمى ويدوم أكثر من بضعة أسابيع إذا لم يعالج، وبعد أن يختفي المرض وأعراضه ربما يعاود من وقت لآخر. ينتشر أحياناً الطفيلي الممرض (الأميبيا) من السبيل الهضمي إلى داخل مجرى الدم، ومن ثم يستقر في الكبد حيث يشكل خراجات أو أكياساً مليئة بالقيح.

العلاج: لا بد لتأكيد التشخيص وإثبات الإصابة بالزحار الأميبي من فحص عينة من الغائط، مجهرياً. ويشمل العلاج على تناول عقاقير خاصة مضادة للأميبيا لمدة أسبوع إلى ثلاثة أسابيع. وبعد أن يتوقف الإسهال يجب فحص الغائط شهرياً إلى أن ينعدم وجود العامل المسبب للمرض فيه. في هذه الأثناء، يجب غسل اليدين جيداً بعد التغوط لتجنب انتشار الخمج للآخرين أو عودته للمصاب، والتأكد من طبخ الطعام بشكل جيد لضمان القضاء على ما قد يتواجد فيه من الأميبيا المسببة للمرض.

الحمى التيفية (Typhoid fever)

الحمى التيفية (التيفوئيد) هي مرض خمجي معدٍ ينتشر في الظروف غير الصحية، إما من شخص مصاب لآخر سليم أو بواسطة الطعام أو الشراب الملوثين. بعض الأشخاص يحملون الجراثيم المسببة للتيفوئيد وينقلونها للآخرين دون أن يصابوا هم أنفسهم بها.

تبدأ أعراض الحمى التيفية فجأة بصداع وفقدان شهية للطعام وإقياء، يتبعها ارتفاع ثابت في درجة الحرارة (40 درجة مئوية) وضعف متزايد ووهن وإسهال (عادة مدمى) وغالباً هذيان (بسبب ارتفاع الحرارة). وفي بداية المرض ربما يظهر عند المصاب، طفح بطني زهري اللون، يختفي تدريجياً بعد فترة. يستغرق الشفاء أسبوعين أو ثلاثة إذا لم يكن هناك مضاعفات.

يمكن أن تكون الحمى التيفية مرضاً مهدداً للحياة إذا لم تعالج، وذلك بسبب ترافقها مع مضاعفات خطيرة جداً كنزف الأمعاء الشديد أو تمزق هذه الأمعاء.

يندر وجود الحمى التيفية في البلدان المتقدمة، ولكنه يشاهد كثيراً في الدول غير النامية، وفي أماكن اكتظاظ السكان، خاصة التي لا تطبق قواعد الوقاية الصحية العامة.

لدى مراجعة الطبيب فإنه يصف مضاداً حيوياً خاصاً يستعمل لمدة أسبوع تقريباً، وربما يستغرق العلاج عدة أسابيع أخرى قبل أن يخلو السبيل الهضمي من الجراثيم المسببة للخمج علماً أن التحصين (التلقيح) ضد هذا المرض له تأثير فعال للوقاية منه.

الكوليرا (Cholera)

يُسبب الكوليرا (الهيضة) جراثيم تضر ببطانة الأمعاء وتحدث إسهالاً شديداً لدرجة أن الجسم يفقد / 15/ لتراً من السوائل يومياً. تنتشر الجراثيم من خلال المياه الملوثة أو الخضار والفواكه الفجة في الأماكن ذات المستوى الصحي المنخفض.

أهم أعراض هذا المرض هي ألم بطني مع إسهال شديد، ويكون الغائط شبيهاً بالماء القاتم ويتم طرحه باستمرار تقريباً. وقد يحدث عطش شديد، مع تقيؤ متقطع بدون شعور بالغثيان، مع تشنجات عضلية أيضاً دون ارتفاع درجة الحرارة. وإذا لم يعالج التجفاف فوراً ربما تحدث الوفاة سريعاً.

أهم علاج في هذه الحالة هو تعويض سوائل الجسم، ويتم ذلك عادة بالإماهة الفموية، حيث يعطى المصاب مزيجاً من الملح والسكر والماء، كل بضعة دقائق، إلى أن يتم استعادة الوضع والتوازن الكيميائي الطبيعي للجسم، كما يفيد في هذه الحالة أيضاً استعمال مضادات حيوية خاصة، ويتم الشفاء عادة خلال أسبوعين تقريباً.

التسمم الغذائي

نعني بتعبير التسمم الغذائي تلك الاضطرابات التي تنتج عن تناول الجراثيم أو منتجات الجراثيم (الذيفانات) مع الطعام الملوث. ونستعرض فيما يلي أهم أنواع التسمم الغذائي:

1) يحصل التسمم الغذائي بالمكورة العنقودية (Staphylococcal) جراء تناول طعام ملوث بذيفانات هذه الجراثيم، مما يؤدي إلى التهاب في المعدة والأمعاء (ص 576)، وهجمة حادة من الإقياء والتشنجات البطنية، وإسهال أحياناً. تظهر الاضطرابات خلال (1 ـ 6) ساعات بعد تناول الطعام الملوث، ونادراً ما يدوم لمدة (24) ساعة. وإذا كان الاضطراب شديداً فقد يصف الطبيب دواءً مضاداً للإقياء، ولكن المرض عادة يختفي بدون علاج. وبما أن هذه الجراثيم موجودة على أيدي (50%) من الناس، فإن التسمم الغذائي الخاص بالمكورات العنقودية شائع؛ بسبب تلوث الطعام بعد طبخه، وبينما هو يبرد (أو بعد ذلك)، تتكاثر الجراثيم فيه وتفرز ذيفاناتها، وهذه الذيفانات لا تتأثر بتسخين الطعام أو غليه وتبقى سامة، على عكس الجراثيم بحد ذاتها التي تموت بالغلي.

تتضمن الإجراءات الوقائية: غسيل الأيدي عند التعامل مع الطعام، وتبريد الطعام بشكل سريع في الثلاجة وتسخينه بسرعة عند الحاجة إلى ذلك، وعدم تكرار تسخينه.

2) التسمم الغذائي المطثي المسمى باسم الجرثومة المِطثية (Clostridium bacteria)، يسبب أيضاً التهاباً في المعدة والأمعاء، حيث يتطور الاضطراب خلال (24) ساعة بعد تناول اللحم الملوث، وتختفي الأعراض خلال الـ (24) ساعة التالية، خاصة بعد تناول مزيج شراب سكري ملحي لإيقاف الإسهال.

تعيش الجرثومة المِطثية في التراب وفي اللحم النيء، وتتطفل على الحيوانات والحشرات، ولقتل هذه الجرثومة في الطعام يجب غليه (رفع درجة حرارته حتى 100 درجة مئوية) لعدة دقائق أثناء طبخه. ولوقاية الطعام من نمو الجراثيم المِطثية فيه يجب أكله بعد طبخه مباشرة أو تبريده بسرعة وحفظه في درجات حرارة آمنة (منخفضة).

3) التسمم الوشيقي (Botulism) : هو حالة نادرة من حالات التسمم بالطعام، تسببه جرثومة مِطَثية أخرى تفرز ذيفاناتها في الطعام المدخن، والمحفوظ، وغير المطبوخ حتى درجة (100 درجة مئوية). إن الخضراوات المحفوظة منزلياً والفواكه والمنتجات السمكية المعلبة هي مصادر انتشار التسمم الوشيقي.

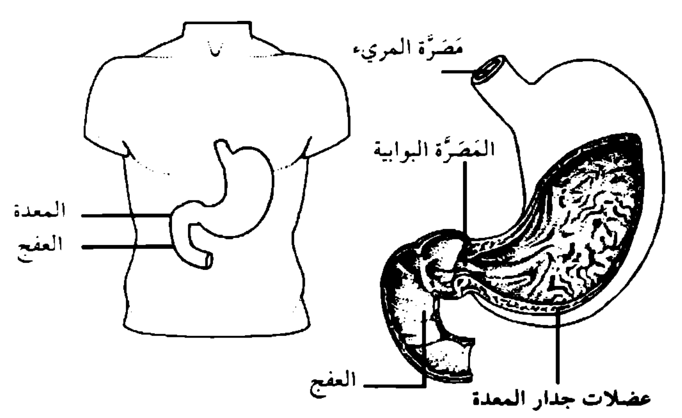
تتضمن الأعراض ألماً بطنياً وإقياءً وتشوشاً في الرؤية، وضعف عضلات، وأخيراً شللاً عضلياً، لأن الذيفان يمنع الأعصاب من حمل الرسائل من الدماغ. وفي هذه المرحلة لا بد من نقل المصاب إلى المستشفى بسرعة حيث يعطى حقنة مضادة للذيفان لإزالة الشلل العضلي الطارئ.

ـ 5 ـ

المعدة والعفج (Stomach and duodenum)

يتجمع الطعام المتناول، بعد مضغه وبلعه، في المعدة، حيث يمر من المريء إليها عبر حلقة عضلية هي مَصَرّة المريء (The esophageal sphincter) . وفي داخل المعدة تقوم التقلصات المنتظمة للعضلات القوية لجدار المعدة بطحن الطعام داخلها، ويقوم الحمض (Acid) والأنزيمات (Enzymes) المصنَّعة في بطانة المعدة بتفكيك الطعام أكثر فأكثر، ويمر هذا الطعام المطحون شيئاً فشيئاً باتجاه العفج، ويستمر نشاط المعدة هذا ما دام يوجد طعام بداخلها. وأما المعدة الخاوية فليس لها أي نشاط عضلي يذكر ولا تفرز عملياً أية حموض أو أنزيمات. تُسَرب الأطعمة المهضومة من المعدة عبر حلقة عضلية أخرى هي المَصَرَّة البوابية (The pyloric sphincter) ، باتجاه العفج (الاثني عشر)، وهو القسم العلوي من المعي الدقيق. يفرز العفج، الذي هو أنبوب طوله حوالي (25)سم وقطره حوالي (12) سم أنزيمات أكثر بغية إتمام عملية هضم الطعام الوارد من المعدة إلى المعي الدقيق. تستغرق وجبة الطعام من ثلاث إلى خمس ساعات أو أكثر لتصل إلى القسم الأسفل من المعي الدقيق (Small intestine) تاركة المعدة والعفج فارغين.

وبما أن المفرزات الكيميائية للمعدة والعفج قوية المفعول جداً، فإن فرط انتاجها أو الخطأ في إنتاجها يمكن أن يضرَّ بالغشاء المخاطي الذي يبطن هذين العضوين. عند بعض الأشخاص يتهيج هذا الغشاء بسهولة بسبب أطعمة أو عقاقير أو سوائل معينة،



المعدة والعفج: يُخزن الطعام ويُهضم جزئياً في المعدة، ومن ثم يمر إلى العفج حيث يطرأ عليه مزيد من الهضم.

وفي معظم الحالات يسبب التهيج (فقط) الأعراض المعروفة لعسر الهضم أو التهاب المعدة. ولكن في بعض الأحيان يؤدي الخلل في عمل المواد الكيميائية القوية في المعدة إلى اضطراب أكثر خطورة، كحدوث قرحة (Ulcer) في المعدة أو في العفج.

عسر الهضم (Indigestion)

عسر الهضم هو تعبير غامض غير دقيق، يستعمل لوصف أي انزعاج ظاهري متعلق بتناول الطعام، وغالباً ما يستعمل هذا التعبير بمعانٍ مختلفة من قبل مختلف الناس. فإذا أصابك عسر هضم فربما تشعر، بشكل عام، بعدم راحة أو بتمدد بطنك أو بألم غامض في صدرك، وربما تشتكي من حرقة أو غثيان، أو من طعم سائل حمضي في فمك، وربما تحتاج للتجشؤ أو لتمرير بعض الغازات أحياناً، وربما أصابك أكثر من واحد من هذه الأعراض.

المضاعفات: عسر الهضم حالة قد تصيب أي إنسان في أي مكان، فبعض الناس يصابون بعرض أو أكثر من هذه الأعراض بعد تناول أطعمة معينة، كالملفوف أو البازلاء أو البصل أو الخيار، أو بعد شرب الخمر أو المشروبات الغازية، بينما يعاني البعض الآخر منهم إذا أكلوا بسرعة كبيرة أو تناولوا وجبة خاصة كبيرة أو دسمة، وبعضهم يعاني من عسر الهضم كلما أصابهم قلق أو عصبية أو اكتئاب، والنساء الحوامل معرضات، بشكل خاص، للمعاناة من عسر الهضم، وكذلك الحال عند مفرطي التدخين أو المصابين بالإمساك والبدينين.

عسر الهضم حالة مزعجة قد تكون مؤلمة ولكنها ليست خطيرة، ويصاب بها العديد من الناس بين فترة وأخرى في حياتهم بدون أية مضاعفات، وذلك ربما عائد إلى أنهم يأكلون بشكل سريع جداً أو يفرطون في الأكل. وقد يحدث عسر الهضم بسبب الإصابة بمرض خطير.

إنك بلا شك قد تعرف أنك ستصاب، أو قد تصاب، بعسر الهضم إذا أكلت طعاماً معيناً، ومن المفروض أن تحاول تجنب أكل الطعام الذي يسبب لك ذلك. أما إذا أكلت أو شربت بدون حكمة فإنك ستصاب بعسر هضم، ومع ذلك لا يوجد، عادة، مضاعفات خطيرة في مثل هذا التصرف. ولكن ما يجب أن تلاحظه هو التغير في الأعراض عندك عما كانت عليه، فإذا اختلف زمنها أو صفتها، أو إذا أصبحت أكثر تكراراً أو أكثر شدة، فهذا يعني شيئاً ما غير عسر الهضم؛ فربما كان ذلك قرحة في المعدة (ص 585) أو في العفج (ص 590) أو اضطراب في المرارة (ص 622) أو نادراً جداً، سرطان في المعدة (ص 587).

العلاج: يمكن أن يتعلم المصاب تمييز أعراضه الخاصة وأن يعالجها بالطرق الذاتية المذكورة لاحقاً. أما إذا تغير نمط الأعراض يراجع الطبيب في الحال، وعلى المصاب أن يطلب النصيحة الطبية إذا لاحظ أية تغيرات في نظام تغوطه، أو إذا أصابه فقدان شهية

مستمر، أو فقدان في الوزن، أو إذا أصابته هجمات متكررة من عسر الهضم تكون أكثر شدة. في مثل هذه الحالات، سيجري الطبيب فحوصات تشخيصية تتضمن تنظيراً للمعدة، والعفج، وإجراء صور شعاعية لهما، كما أن هناك فحوصات أخرى ممكنة تتضمن التصوير الشعاعي للمرارة، واستعمال الطرائق التفريسية (Scanning techniques) ، أو التنظير الداخلي للأمعاء السفلية وتحليل الدم والغائط مخبرياً وبعض الأحيان تحليل العصارات الهاضمة الموجودة في المعدة.

العلاج الذاتي: على المصاب أن يتجنب كلَّ ما يسبب له عسر هضم، وأن يعدِّل عاداته في الأكل والشرب حسب طبيعة معدته، وتجنب التدخين، وعدم تناول الأسبرين (Aspirin) الذي ربما يسبب نزفاً في المعدة، وإستعمال الأسيتامينوفين (Acetaminophen) عوضاً عنه، وتجنب العصبية أو التوتر أثناء الأكل، وعدم الأكل بسرعة كبيرة، والاسترخاء نصف ساعة بعد كل وجبة طعام. بعض الناس يجدون أن الأدوية المضادة للحموضة مفيدة لتخفيف الأعراض.

العلاج الاختصاصي: أول ما يجب على الطبيب عمله هو التأكد من عدم وجود مرض مستبطن يسبب عسر الهضم. إن التقدم الحديث في تقنيات التصوير وخصوصاً توفر التنظير الداخلي والأمواج فوق الصوتية وأجهزة التفريس (Scanners) ، (راجع التعاريف ص 9)، قد جعل من الممكن إجراء تشخيص دقيق لدى معظم المرضى الذين يعانون من اضطراب هضمي مزمن، وقد تم تطوير علاجات جديدة أيضاً، فمهما يكن سبب الأعراض يستطيع الطبيب أن يصف العلاج الذاتي والاختصاصي اللازمين، ولكن يجب عدم التأخر في مراجعته.

التهاب المعدة (Gastritis)

التهاب المعدة هو التهاب الغشاء المخاطي (Mucous membrane) الذي يبطن المعدة، قد يحدث بسبب خمج ڤيروسي، أو بسبب تأثيرات جانبية لبعض العقاقير، كالأسبرين وغيرها من الأدوية المضادة لالتهاب المفاصل، إنما في معظم الحالات، يكون هذا الاضطراب نتيجة مباشرة لشرب الكحول أو التدخين بإفراط، أو، بكل بساطة، نتيجة للإفراط في الأكل. يمكن أن يكون سبب التهاب المعدة أيضاً تناول طعام غير مناسب، كأن يكون حريفاً جداً (كثير التوابل) أو حمضياً، أو تناول أشياء تثير أرجية المعدة، علماً أن المدخنين وشاربي الكحول هم أكثر عرضة من غيرهم للإصابة بهذا الاضطراب.

الأعراض: أعراض التهاب المعدة الناتج عن خمج ڤيروسي مشابه لأعراض التهاب المعدة والأمعاء (ص 576). وإذا كان الاضطراب نتيجة الإفراط في التدخين أو شرب الكحول أو الأكل بإفراط، أو نتيجة لتهييج بطانة المعدة بسبب تناول عقار ما، فستكون هذه الأعراض مشابهة لتلك الناتجة عن عسر الهضم (البحث السابق).

المضاعفات: تقريباً، يصاب جميع الناس، في وقت ما وبشكل نسبي، بهجمة خفيفة من التهاب المعدة. ونادراً ما يستمر الألم و/أو الإقياء الناتج عن التهاب المعدة فقط، أكثر من يوم أو يومين.

لا يوجد أي خطر على الصحة نتيجة الهجمات المتكررة من التهاب المعدة، ولكن إذا حدثت هجمات حادة ومتكررة مترافقة بإقياء وألم، واستمرت لأكثر من (24) ساعة، فربما يحدث، نتيجة ذلك، تآكل المعدة (ص 589).

العلاج: ربما يكون لالتهاب المعدة المتكرر علاقة بنمط الحياة، وربما كان التدخين أو شرب الكحول أو الإفراط في الأكل، أو كلها مجتمعة، هي السبب في ذلك. لتخفيف الهجمة، حين حدوثها، تطبَّق إجراءات العلاج الذاتي المذكورة لاحقاً، ولكن يجب مراجعة الطبيب دون تأخير إذا حدث إقياء دم (ص 593)، أو إذا دامت الهجمة أكثر من (48) ساعة، بعد الأخذ بعين الاعتبار الحالة العامة لصحة المصاب، واحتمال وجود تأثيرات جانبية لأية عقاقير يتناولها. ربما يجري له الطبيب سلسلة من الفحوصات التشخيصية للتأكد من أن المشكلة، بكل بساطة، هي التهاب معدة. وتكون الفحوصات هي ذاتها التي تجرى دائماً للكشف عن أية قرحة معدية مشكوك فيها (راجع البحث التالي).

العلاج الذاتي: يجب عدم أكل أي شيء أثناء اليوم الأول للهجمة، وعدم شرب الكحول، بل تناول كميات قليلة من السوائل، ويُفَضَّل الحليب أو الماء. بعد (24) ساعة يبدأ بأكل أطعمة سهلة الهضم وغير مزعجة، شرط تناول كمية قليلة في كل مرة. فإذا كان ألم البطن مزعجاً، يؤخذ مضاد للحموضة مع تجنب الأسبرين، أما إذا حدثت هجمات متكررة من التهاب المعدة يبدو أن لها علاقة بتناول الأشربة الكحولية أو بالتدخين، فيمكن الإقلاع عن الشرب و التدخين لمدة شهر، فإذا أفاد ذلك وشفيت الأعراض فذلك يعني أن طريق العلاج أصبح معروفاً.

العلاج الاختصاصي: في حالة التهاب المعدة، يصف الطبيب مضاداً للحموضة، وربما مسكناً لألم المعدة. وإذا حدث غثيان وإقياء شديدان، يُعطى المصاب حقنة من عقار مضاد للتقيؤ. وإذا كان سبب التهاب المعدة تناول عقار فيجب إيقاف استعماله فوراً، أو استبداله بآخر لا يؤثر على المعدة.

قرحة المعدة (Stomach ulcer)

قرحة المعدة هي بقعة متقرحة دامية مجهولة السبب، تظهر في بطانة المعدة بقطر يبلغ حوالي (3) سنتيمترات تقريباً. يميل رأي الطب اليوم للاعتقاد بأنها ناتجة عن التهابات جرثومية خاصة (أي تسببها جرثومة خاصة).

الأعراض: العرض الرئيسي هو ألم حارق مزعج يتركز عادة في كامل الجزء العلوي من البطن، ولكنه ربما ينحصر في أعلى البطن عند نهاية العظم الأسفل للقص.

تدوم نوبة الألم ما بين نصف ساعة إلى ثلاثة ساعات، ثم تحدث فترة راحة قصيرة خالية من الألم ثم تبدأ نوبة جديدة، ويستمر الوضع هكذا لعدة أسابيع. ورغم وجود علاقة مؤكدة بين الألم وبين ما يتناوله المصاب من طعام، فإن طبيعة هذه العلاقة تختلف من مريض إلى آخر. فقد يبدأ الألم مباشرة بعد تناول طعام ما، أو ربما لا يظهر إلا بعد ساعات من ذلك. ومن الأعراض الممكنة الأخرى للقرحة المعدية، فقدان الشهية للطعام، ونقص في الوزن، وفقر دم (راجع ص 514)، والإقياء العارض، لسائل حمضي، (الذي غالباً ما يخفف الألم).

المضاعفات: يُعتبر المدخنون، والذين يشربون الكحول بكثرة، والذين يتناولون مسكنات الألم، الحاوية على الأسبرين، بمقادير كبيرة، والمسنون وأصحاب الأعمال اليدوية، والذين لا تمكنهم ظروف عملهم من تناول وجبات منتظمة، وببطء، أكثر عرضة للإصابة بهذه القرحات.

إن النزف من قرحة المعدة هو أمر غير شائع، وإذا حدث فيمكن أن يكون خطيراً، لاسيما لدى المسنين، كما يمكن للنزف الشديد المفاجئ أن يسبب صدمة (راجع ص 467)، أما النزف الأقل شدة، إذا دام عدة أشهر دون اكتشافه، فقد يسبب فقر دم (راجع ص 514)، أما احتمال تآكل جدار المعدة وانثقابها مكان القرحة فهو أمر قليل الحدوث، لكن حدوثه في القرحات العفجية يفوق حدوثه في القرحات المعدية بعشرين ضعفاً.

يؤدي عدم معالجة القرحة المعدية إلى هبوط خطير في الوزن بسبب فقدان الشهية للطعام أو الإقلال منه خشية الألم، أو بسببهما معاً، كما أن هنالك احتمالاً بسيطاً في أن تسبب القرحة المعاودة تضيقاً في البواب (راجع ص 590)، وربما تتحول أحياناً إلى ورم سرطاني خبيث يهدد الحياة (ص 587).

العلاج: لعلاج أعراض قرحة المعدة، يمكن اتباع إجراءات العلاج الذاتي المذكورة لاحقاً، أما إذا استمر الألم لأكثر من أسبوعين أو ثلاثة، يراجع الطبيب. وبغية تحديد ما إذا كانت الإصابة بقرحة في المعدة أو في العفج، يجرى تنظير للمعدة و/أو تصوير ظليلي لها، كما تجرى كل الفحوص اللازمة، من اختبار لحموضة المعدة وفحص للدم والغائط لتحري النزف، وغيرها من إجراءات وفحوصات. فإن ثبت وجود القرحة، فالمعالجة تكون ذات شقين، الأول: ما يفعله المريض لنفسه (العلاج الذاتي) والثاني ما يفعله الطبيب لمريضه (العلاج الاختصاصي).

العلاج الذاتي: يجب عدم تناول الأسبرين (Aspirin) كلياً لأنه يفاقم النزف المعدي الناتج عن القرحة، وبدلاً عنه تستعمل مركبات الأسيتامينوفين (Acetaminophen) لتسكين الآلام العامة البسيطة، وتناول عدة وجبات خفيفة بدلاً من ثلاث وجبات ثقيلة، وبغية تخفيف حدة الألم تؤخذ أدوية مضادة لحموضة المعدة، وإذا كانت هجمة القرحة شديدة، على المصاب أن

يلزم السرير لمدة أسبوعين، أما إذا كانت لا تستدعي البقاء في السرير، فينصح، على الأقل، تطبيق كل التوصيات السابقة بالإضافة إلى الامتناع نهائياً عن التدخين وشرب الكحول والقهوة، وكذلك يجب أخذ مقدار كافٍ من الراحة. تشفى القرحة المعدية، عادة، شفاءً تاماً بعد أسبوعين من هذا العلاج، أما إذا استمر الألم ولم تتحسن الحالة، أو إذا ازدادت سوءاً يراجع الطبيب فوراً.

العلاج الاختصاصي: يضيف الطبيب المختص إلى التدابير السابقة بعض العقاقير الأخرى. وعادة، لا بد أن تشفى القرحة في غضون (6 ـ 8) أسابيع، وبعدها ربما ينصح الطبيب بإجراء تنظير للمعدة (Endoscopy) للتأكد من الشفاء التام.

من الشائع أن تعاود القرحات المعدية بين الحين والحين، وخاصة عند المدخنين بإفراط و/ أو الذين يعاقرون الخمور بكثرة، وكذلك عند الذين يفرطون في تناول الأطعمة المختلفة وبدون ضوابط. فإذا عاودت الأعراض فربما يصف الطبيب إعادة استعمال الأدوية السابقة، وربما يشير بتناول جرعة وقائية منتظمة يومياً قبل النوم. فإذا لم تشفَ القرحة، رغم كل المعالجات واستعصت على الشفاء، فربما ينصح بجراحة لاستئصال جزء صغير من جدار المعدة يشمل القرحة المؤلمة، رغم أن هذه العملية تتضمن خطراً قليلاً محتملاً.

على كل حال، كلما طُبق العلاج باكراً واستُعملت الأدوية الموصوفة، من قبل الطبيب، بدقة، مع الاعتدال في تناول الطعام والشراب والامتناع عن شرب الكحول والتدخين، وإذا أجريت الجراحة في الوقت المناسب سواءً كانت بسبب الانثقاب أو النزف أو الألم المعند، فإن معظم الحالات تشفى شفاءً تاماً ودائماً.

سرطان المعدة (Cancer of the stomach)

يبدأ سرطان المعدة عادة كقرحة في بطانتها، لكن ذلك لا يعني أن المصاب بقرحة المعدة سيصاب بسرطانها. أما سبب تحول القرحات المعدية إلى سرطان، فإن ذلك لا يزال مجهولاً. بعد ذلك يبدأ انتشار، وبالتالي انتقال، هذا السرطان إلى أجزاء أخرى من الجسم، كالرئتين والكبد دون ظهور أية أعراض أحياناً.

الأعراض: تكون الأعراض، عادة، بسيطة في بادئ الأمر، فهي عبارة عن عسر هضم مبهم، وانزعاج، وإقياء عارض مع فقدان الشهية للطعام، وفي مرحلة لاحقة يعاني المصاب من ألم شديد في أعلى البطن وإقياءات متكررة وفقدان الوزن. ويعتبر نزف الدم المديد من الأعراض المتأخرة لسرطان المعدة وكذلك فقر الدم، والإقياء والغائط المدميين.

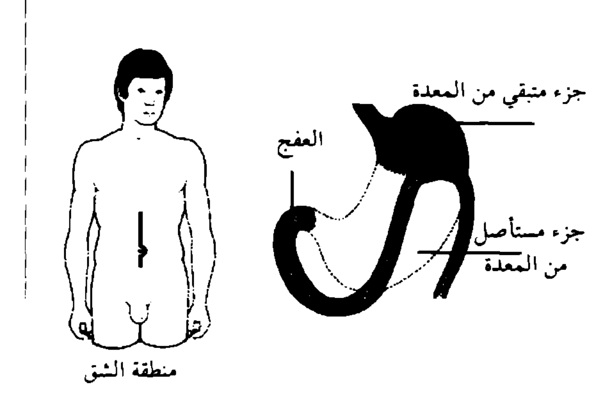
المضاعفات: تزداد إمكانية الإصابة بسرطان المعدة بتقدم العمر، علماً أنه لا يوجد سبب واضح لحدوثه، رغم الاعتقاد بوجود علاقة ما مع نمط الطعام. فإذا لم يُكتشف سرطان

المعدة، حتى مرحلة متقدمة جداً، فإن إمكانية المعالجة بالأدوية والاستئصال الجراحي يصبحان غير كافيين للشفاء.

العلاج: إذا شعر أي شخص بعسر هضم مبهم (ص 583) لأول مرة في حياته، أو إذا تغير نمط سوء الهضم المعتاد عنده، عليه مراجعة الطبيب فوراً. فإذا شك الطبيب بوجود سرطان، أو غير ذلك من أمراض، فإنه سيجري تنظيراً للمعدة من الداخل، وربما تصويراً بالأشعة، أو غير ذلك مما يراه مناسباً، وربما يتم أخذ خزعة من نسيج القرحة لفحصها مجهرياً، فإذا ثبت للطبيب وجود سرطان معدي فإن الجراحة الباكرة تعطي أفضل النتائج، وباستئصال جميع النسج المصابة يكون الشفاء ممكناً. أما إذا كانت الإصابة متقدمة جداً فإن الجراحة ربما تخفف من الأعراض رغم سوء إنذار الحالة، وربما يفيد العلاج بالأشعة (Radiation therapy) أو بالعقاقير السامة للخلايا (Cytotoxic drugs) في بعض الحالات.

عملية استئصال المعدة

عملية استئصال جزء من المعدة تدعى باستئصال المعدة الجزئي، وأما عملية استئصال كل المعدة فتدعى باستئصال المعدة الكلي. وتجرى إحدى هاتين العمليتين للمصاب بقرحة في معدته استعصت على الشفاء بمختلف أنواع العلاجات، أو تجرى عندما تنزف القرحة بشكل سيء أو عندما ينثقب جدار المعدة بسببها، أو في حالة وجود سرطان نام في المعدة.



في أحد أشكال استئصال المعدة الجزئي يتم توصيل الجزء المتبقي من المعدة بمنطقة المعي الدقيق بين العفج والمعي اللفائفي. وبطريقة أخرى يعاد توصيل العفج بالمعدة.

أثناء العملية: يجرى تبنيج عام ويتم تفريغ المعدة بواسطة أنبوب يدخل من الأنف ويمر عبر المريء إلى المعدة. يعمل الجراح شقاً طولياً يمتد من أعلى البطن إلى ما تحت السرة، ويستأصل المعدة كلياً أو جزئياً، حسب الحالة، ثم يخيط الحواف المتبقية منها بعد الاستئصال مع بعضها ليحافظ على وجود ممر للطعام، ثم يغلق الجرح.

بعد العملية: تتم التغذية بالتقطير داخل الوريد، وتصرف السوائل الفائضة بواسطة أنبوب أو أكثر يوضع داخل الجرح ويسحب فيما بعد. وبعد بضعة أيام يتحسن السبيل الهضمي بشكل كاف بحيث يمكن متابعة الأكل والشرب.

فترة النقاهة: يصف الطبيب عقاقير تتحكم بالتأثيرات الجانبية، كالغثيان والإسهال، ويُنصح في هذه الفترة بتناول وجبات خفيفة متعددة. يشفى معظم المرضى تماماً خلال شهر إلى شهرين.

تآكل المعدة (Gastric erosion)

تآكل المعدة، يعني وجود منطقة ملتهبة في الغشاء المخاطي الذي يبطن المعدة، ويكون سبب هذه الحالة، عادة، تناول عقاقير تهيج غشاءها (إذا أُخذت بشكل حبوب)؛ حيث أنَّ كل العقاقير غير الستيروئيدية المضادة للالتهاب(Non-steroidal) والمستعملة لعلاج اضطرابات المفاصل (ص 718) واضطرابات العضلات (ص 703)، يمكن أن تسبب تآكل المعدة، وكذلك الحال بالنسبة للأسبرين، أو أي مسكِّن للألم يتضمن الأسبرين، كما يمكن للستيروئيد المستعمل في علاج الربو (ص 422) وفي علاج اضطرابات أخرى، كالتهاب الشريان الصدغي (ص 507) أن يسبب تآكلاً في المعدة. تتطور هذه الإصابات المعدية، عادة، نحو الأسوأ عند المرضى الذين هم قيد الشفاء من أذيات أو حروق، أو الذين يعانون من كَرب عاطفي لفترة طويلة.

الأعراض: يتميز هذا الاضطراب عن التهاب المعدة (ص 584) في أن أهم عَرَض له، غالباً ما يكون العرض الوحيد، هو نزف المنطقة الملتهبة. فقد يخرج دم أحمر مع المواد المقاءة، أو غالباً ما يكون أسود يشبه لون مسحوق البن، كونه مهضوماً جزئياً، ولربما ظهر دم أيضاً في الغائط. وإذا بدأ النزف بسيطاً فربما يكون غير ملاحظ، ولكن في النهاية، ستظهر أعراض فقر دم (ص 514)، كالشعور بتعب غير اعتيادي.

المضاعفات: تآكل المعدة ليس شائعاً، والحالات الشديدة التي تسبب إقياء دم نادرة أيضاً. إن الذين يتناولون كميات كبيرة من الأسبرين، أو من عقاقير أخرى مضادة لالتهاب المفاصل، يكونون أكثر عرضة لهذا الاضطراب بشكل خاص.

إذا لم يتم الكشف عن النزف الداخلي المستمر، ولم يعالج، فسيفقد المصاب كمية كبيرة من دمه مما يؤدي إلى إصابته بفقر دم. وهناك احتمال ضعيف لحدوث نزف شديد مفاجئ يتم تقيؤه كدم أحمر و/أو يتم تغوطه كدم أسود.

من أجل تخفيف المضاعفات، عند المصابين بمثل هذا الاضطراب في مَعِداتهم، فإن أطباءهم ينصحونهم دائماً بعدم تناول الأسبرين. وإذا كنت مداوماً على تناول مسكن للألم يحوي عقاقير مضادة لالتهاب المفاصل فراجع طبيبك إذا أصابك أحد هذه الأعراض: إقياء دموي ـ شعور بتعب غير اعتيادي ـ عسر هضم مستمر ـ غائط أسود اللون.

العــلاج:

العلاج الذاتي: إن خير علاج ذاتي لمثل هذا الاضطراب هو الوقاية منه، لذلك تناول أي عقار، يمكن أن يسبب لك مثل هذه الحالة، أثناء تناولك الطعام أو بعد الانتهاء منه مباشرة، ولا تتناول أبدا مثل هذه العقاقير على معدة فارغة.

العلاج الاختصاصي: إذا تقيأ الإنسان دماً فعليه أن يدخل المستشفى على الفور، حيث

قد تجرى له عملية نقل دم إذا كان ذلك ضرورياً. في الحالات الأقل حدة، سيلغي الطبيب العقار الذي سبب النزف ويصف عقاراً آخر أقل تهييجاً وضرراً لجدار المعدة. وإذا حدث فقر دم فإن الطبيب سيعالج هذه المشكلة أيضا (راجع ص 514)، وربما يجري تنظيراً للمعدة لفحصها من الداخل، فإذا كانت سليمة من الأمراض وتم تجنب العقار المهيج لبطانتها، فلن يتعرض المصاب مرة أخرى لهذا الاضطراب.

تضيق البواب (Pyloric stenosis)

البواب (Pylorus)، كما علمنا، هو منطقة اتصال المعدة بالعفج (Duodenum)، أي هو المخرج الذي تمر منه محتويات المعدة إلى العفج (الاثني عشر). ولسبب ما يتضيق هذا المخرج (الممر) جزئياً، أو ينسد كلياً، ويحدث ذلك نتيجة وجود قرحة في المعدة (ص 585) أو في العفج (البحث التالي)، أو نتيجة وجود سرطان في المعدة (ص 587). ومهما يكن السبب المستبطن فإن المعدة لا تستطيع تفريغ الطعام بشكل طبيعي باتجاه العفج، مما يؤدي إلى انتفاخ البطن، وشعور بعدم الراحة وحدوث إقياء غزير، ورائحة كريهة من الغاز الذي يتم تجشؤه، وإذا انسد البواب كلياً، يفقد المصاب من وزنه، ويحدث عنده سوء تغذية وتجفاف، نتيجة فقدان سوائل الجسم، ويصاب باضطرابات خطيرة في توازن كيميائية جسمه. (من أجل تضيق البواب الولادي لدى الرضع، وهو اضطراب مختلف، راجع ص 887).

العلاج: إذا تجشأ الإنسان، بشكل متكرر، غازاً ذا رائحة كريهة و/أو تقيأ قطع طعام أمكن تمييزها، يراجع الطبيب، فإن شك بحدوث تضيق في البواب، فربما يحتاج لإجراء تنظير للمعدة من الداخل لتأكيد التشخيص وتحديد أفضل علاج له وكذلك لاكتشاف ماذا يوجد داخل معدة المصاب. فإن تبين أن سبب المشكلة هو قرحة في المعدة، فربما يكفي للشفاء تناول عقاقير فعالة لعلاج القرحات. فإذا فشل هذا العلاج، أو إذا كان سبب المشكلة وجود سرطان في المعدة، فعندها لا بد من إجراء جراحة لاستئصالها (راجع ص 588).

قرحة العفج (الاثني عشر) (Duodenal ulcer)

العفج (Duodenal)، كما أسلفنا، هو الجزء الأول من المعي الدقيق، وإصابته بالقرحة يعني وجود منطقة مسلوخة من بطانتها فيه.

يكون قطر القرحة، عادةً، أقل من (1,5) سم، ويحدث هذا التآكل (الانسلاخ)، في بطانة العفج بسبب الحموض والأنزيمات التي تفرزها المعدة، كما يعود سبب ألم قرحة العفج إلى التخريش الذي يحدثه حمض المعدة في سطح القرحة المكشوف.

الأعراض: أهم عرض لقرحة العفج هو حدوث نوبات متكررة من الألم البطني الممض (القارض) في منطقة ما في منتصف أعلى البطن. وعندما تكون المنطقة المتقرحة على الجدار

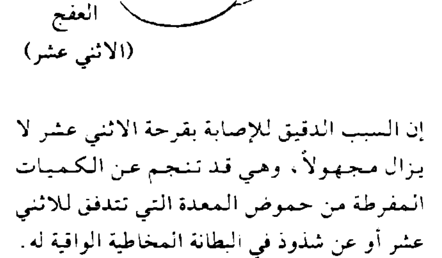
الخلفي للعفج فإن المصاب يشعر بالألم في ظهره. وبشكل وصفي، يحدث الألم، الذي يشبه ألم الجوع، بعد عدة ساعات من تناول الطعام، ويمكن تخفيفه بتناول أقراص مضادة للحموضة أو كأس حليب، وربما يشعر المصاب بانتفاخ في بطنه بعد الأكل، وربما يتقيأ أيضاً.

المضاعفات: يصاب واحد من كل عشرة رجال بقرحة العفج في وقت ما، وهو يصيب الرجال أكثر من النساء، ويحدث غالباً في متوسط العمر.

المدخنون بكثرة هم أكثر عرضة، بشكل خاص، لقرحات العفج، وكذلك الحال بالنسبة للذين تفرز معداتهم كميات كبيرة من الأحماض.

على الرغم من أن قرحات العفج مؤلمة، لكن مضاعفاتها قليلة، وغالباً ما تختفي تلقائياً مع مرور الوقت حتى إذا لم تعالج، ولا ينمو فيها أي سرطان.

ربما تصاب هذه القرحة بنزف بسيط مستمر مما يؤدي إلى حدوث فقر دم (ص 514). أما إذا حدث نزف شديد ومفاجئ فإن المصاب يتقيأ دماً (راجع تقيؤ الدم ص 593)، أو يصبح غائطه أسود اللون قطرانياً. فإذا فقد كمية كبيرة من الدم، لهذا السبب، فيجب نقله إلى المستشفى فوراً كحالة طارئة. كما أن تشكل الندب في منطقة القرحة قد يؤدي إلى انسداد مدخل العفج (راجع تضيق البواب ـ البحث السابق).



إن السبب الدقيق للإصابة بقرحة الاثني عشر لا يزال مجهولاً، وهي قد تنجم عن الكميات المفرطة من حموض المعدة التي تتدفق للاثني عشر أو عن شذوذ في البطانة المخاطية الواقية له.

في حالات قليلة (1 ـ 2%)، قد ينثقب جدار العفج في منطقة القرحة مما يسبب التهاب الصفاق (ص 594)، وربما يحدث بسبب ذلك، ألم بطني شديد يتبعه أحياناً حدوث صدمة (ص 467) وانهيار، لذلك فإن أية حالة طارئة كهذه تستدعي دخول المستشفى فوراً بحالة إسعاف.

العلاج: يستطيع المصاب بقرحة في العفج، أن يطبق العلاج الذاتي المذكور لاحقاً، فإذا لم تختفِ الأعراض، خلال أسبوعين، يراجع الطبيب الذي سيطلب إجراء فحوصات تشخيصية تشبه فحوصات قرحة المعدة (ص 585).

العلاج الذاتي: يجب التوقف عن التدخين فوراً ونهائياً، والامتناع عن تناول المشروبات الكحولية، وتناول الطعام ببطء، ومضغه جيداً، والاستراحة لمدة نصف ساعة بعد تناول كل وجبة طعام، ومن الحكمة أيضاً الأكل عدة وجبات صغيرة كل يوم عوضاً عن وجبتين أو ثلاث وجبات كبيرة، إذ أن وجود الطعام في المعدة يعدل من حمضها الذي يسبب الألم. وينصح بتناول

مضادات الحموضة يومياً لأنها تساعد في هذه الحالة، علماً أن الأكل بدون انتظام، أو عدم تناول الوجبات نهائياً، يزيد الأعراض سوءاً. إن هذه الإجراءات البسيطة تكفي عادة لشفاء القرحة.

العلاج الاختصاصي: أهم ما يفعله الطبيب هو إقناع المريض بتطبيق النصائح المذكورة سابقاً، ويَصف عقاراً يساعد على الشفاء بسرعة، حيث تتوفر الآن عقاقير تخفف كثيراً من إفراز الحمض في المعدة، كما أن هناك بعض العقاقير الأخرى التي تساعد على الشفاء الطبيعي، وذلك بسبب احتوائها على أملاح الألمنيوم والبزموت التي تغطي القرحة بطبقة واقية من البروتين والمواد الكيميائية. تشفى معظم القرحات خلال أربعة إلى ثمانية أسابيع وذلك باتباع هذا العلاج.

بعد الشفاء (يمكن أن يتأكد الطبيب من الشفاء التام بواسطة التنظير داخلياً) مع ضرورة الاستمرار بتناول وجبات صغيرة منتظمة كل يوم، والإقلاع عن التدخين لأن ذلك يقلل من احتمال معاودة القرحة، فإن عاودت يجب إجراء دورة أخرى من العلاج، وينصح بالاستمرار بتناول جرعة قليلة من أحد العقاقير المخففة للحموضة.

نادراً ما تكون الجراحة ضرورية لعلاج قرحة العفج، وهذه العملية تجرى فقط عند استحالة شفاء القرحة بعد فترة طويلة من العلاج، أو إذا حدثت مضاعفات سيئة فيها. الهدف الأساسي للعملية هو تخفيف طاقة انتاج الحمض في المعدة، ويمكن فعل ذلك إما بقطع جزء من المعدة (ص 588)، أو بقطع الأعصاب التي تسيطر على انتاج الحمض (قطع العصب المبهم -Vagotomy). ويصحب قطع العصب المبهم، عادة، توسيع جراحي بسيط لمخرج المعدة (رأب البواب -Pyloroplasty). ومن الممكن أن يكون قطع العصب المبهم بالكامل أو انتقائياً؛ أي أن الطبيب إما أن يقطع كل جذوع العصب، أو فقط تلك المتعلقة بإنتاج الحمض. إن هذه العملية، وبأية طريقة أجريت، تعطي نتائج أفضل من العمليات السابقة (استئصال المعدة جزئياً)، ولكن تحدث أحياناً تأثيرات غير مرغوب فيها بعد العملية، كالإغماء، الدوخة، التعرق بعد الأكل فوراً، الإسهال، فقدان الوزن، فقر الدم، نقص فيتامين د (D) (ص 630)، ولكن كل هذه التأثيرات تستجيب بسرعة للعلاج.

ابتلاع أجسام غريبة

في الأحوال الطبيعية، يجري الهواء داخل الرغامى (Windpipe) إلى الرئتين، كما يجري الطعام داخل المريء (Esophagus) إلى المعدة، فإذا ابتلعت، خطأ، جسماً صلباً ربما يعلق في حلقك (يخرج هذا الجسم عادة بواسطة السعال)، أو أنه ينزلق إلى المجرى التنفسي ويسبب الغصص (Choking). فإذا حدث ذلك يتوجب إسعاف المصاب فوراً.

إن معظم الأجسام الغريبة التي تمر في المريء، حتى ولو كانت حادة أو ذات شكل شتز، فإنها تعبر السبيل الهضمي وتخرج مع الغائط دون مشاكل. فإذا حدث ذلك لك، ولكي تكون في أمان أكثر، استشر طبيبك (إذا بلعت إبرة أو حَسَكَة سمكة أو أي شيء قطره أكبر من 1سم).

إذا ابتلعت شيئاً وأصبت بعد ذلك بصعوبة في البلع، أو أصابك ألم بطني، أو ارتفعت حرارتك، فإنك تحتاج إلى تصوير السبيل الهضمي شعاعياً، وهذا، غالباً، يسمح بتحديد موقع ونوع الجسم الغريب، وربما يمكن إزالته باستعمال منظار داخلي ذي أداة خاصة. أما الجراحة فتكون ضرورية فقط في الحالات التي يكون فيها الجسم الغريب كبيراً، أو عالقاً بقوة و/أو له رؤوس مؤنفة.

تقيؤ الدم

تقيؤ الطعام هو إشارة لعدم الحكمة في الأكل والشرب، على أنه يجب أن لا تهمل إقياء الدم أبداً، فربما كان إشارة لاضطراب خطير كوجود قرحة معدة نازفة (ص 585).

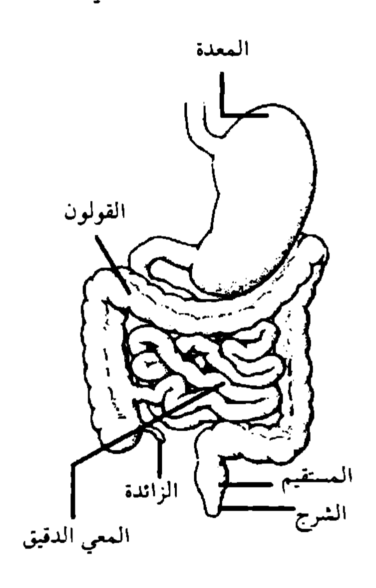
يُعرف الدم الطازج (النازف حديثاً) بلونه الأحمر القاني، وبوجوده كخطوط حمراء مغايرة للون الإقياء، أو ربما يكون هو المادة الوحيدة التي خرجت أثناء الإقياء. أما لون الدم الذي بقي لعدة ساعات في المعدة فيكون لونه أسود ويبدو أشبه بمسحوق البن.

استشر طبيبك، دون تأخير، إذ تقيأت دماً، ما لم تكن متأكداً تماماً أن الدم هو نتيجة رعاف حديث. خذ معك إلى الطبيب عينة من قيئك إذا كان ذلك ممكناً، لأنها تساعد على التشخيص. وإذا كان هناك دم في قيئك مع برودة في جلدك وتعرق وشعور بالضعف، اذهب إلى المستشفى، على الفور، بحالة إسعاف.

- 6 -

المشاكل المعوية المعممة (Generalized intestinal problems)

الأمعاء (Intestines) هي قسم من السبيل الهضمي، يبدأ من أول العفج (Duodenum) وينتهي عند الشرج (Anus)، وتتألف من أنبوب ملتف طويل ورفيع (طوله حوالي خمسة أمتار) يدعى المعي الدقيق (Small intestine) يتصل مع أنبوب أثخن وأقصر (طوله حوالي متر ونصف) يدعى القولون (Colon) الذي ينتهي بأنبوب يدعى المُستقيم (Rectum)، والقولون والمستقيم مع بعضهما يسميان المعي الغليظ (Large intestine).



يمر الطعام من المعدة إلى داخل العفج (Duodenum) حيث يتم تفكيكه أكثر بواسطة مختلف العصارات الهاضمة. (عصارات المعدة والعفج، والصفراء، وعصارات البنكرياس) وبينما يسير عبر المعي الدقيق مدفوعاً بتقلصات جدرانه العضلية المنتظمة، يتم امتصاص الغُذيات (Nutrients) إلى داخل مجرى الدم عبر

الجدران المعوية الدقيقة، ثم يتم امتصاص معظم سوائل الطعام أثناء مروره عبر القولون، وما تبقى هو مزيج من طعام غير مهضوم وغير قابل للهضم وألياف كبيرة من الخضار (مواد سللوزية) مع بعض الجراثيم والمخاط والأصبغة الصفراوية وخلايا بطانة السبيل الهضمي الميتة مع بعضها تشكل الغائط (Feces) الذي يمر إلى المستقيم ويبقى هناك إلى أن يتم طرحه كغائط عبر الشرج. إن عملية الهضم، بشكل كامل، من الفم إلى الشرج، تستغرق حوالي (24) ساعة تقريباً. وفيما يلي، ندرس أهم المشاكل والاضطرابات التي تحصل في الأمعاء.

التهاب الصفاق (Peritonitis)

الصفاق (Peritoneum) هو غشاء مؤلف من طبقتين يبطن التجويف البطني ويغطي المعدة والأمعاء وغيرهما من الأعضاء الداخلية الأخرى. يحدث التهاب هذا الغشاء، غالباً، بسبب مرض مستبطن أو كمضاعفة نتيجة تهيج أو تمزق السبيل الهضمي، كحالة قرحة العفج (ص 590)، أو التهاب الرتج (ص 606)، أو التهاب الزائدة (ص 603)، أو ربما يحدث، عند النساء، كمضاعفة لمشاكل معينة في قناتي فالوب (Fallopian tubes) مع أن هاتين القناتين لا يحيط بهما الصفاق ولكنهما تلامسان طبقته الخارجية، كما أن هناك سبباً محتملاً آخر لالتهاب الصفاق وهو الخمج الذي تسببه أذية أو جرح يثقب الجدار البطني، وأخيراً، ربما يحدث هذا الالتهاب كمضاعفة لجراحة بطنية بالرغم من أن هذه الحالة نادرة الحدوث.

الأعراض: تختلف الأعراض باختلاف مصدر التهيج أو الخمج، ولكن هناك دائماً ألماً بطنياً حاداً يكون أكثر شدة قرب موقع المشكلة الأصلية. فمثلاً، يزداد سوءاً في الجهة السفلية اليمنى للبطن إذا كان السبب حدوث التهاب الزائدة. يزداد الألم عند الحركة، ويكون شديداً جداً إذا ضغط على المنطقة الأشد إيلاماً. ويعاني المصاب غالباً من الغثيان والإقياء وارتفاع الحرارة، وبعد ساعتين أو ثلاثة، من بدء الأعراض، ربما ينتفخ البطن وتخف حدة الألم وتوضعه في مَكان محدد. ولكن ذلك لا يدل على تحسن الحالة بل في الحقيقة يكون الوضع أكثر خطورة ويدل على الحاجة الفورية للعلاج البطني كحالة طارئة.

المضاعفات: إذا تأخر علاج المشاكل البطنية، كقرحة العفج أو التهاب الزائدة أو أذية البطن، فسيحدث حتماً التهاب الصفاق، فإذا أهمل علاج التهاب الصفاق ازدادت المضاعفات وازداد الخطر، وربما يحدث تجفاف بسبب فقدان كمية كبيرة من سوائل الجسم بسبب التقيؤ المتكرر. كما أن انخفاض شدة الألم يدل على أن الأمعاء أصبحت مشلولة (راجع العلّوص ص 596)، وبعد ذلك يحدث الموت ما لم يتم العلاج الطبي الفوري لهذه الحالة.

العلاج: التهاب الصفاق هو اضطراب خطير يجب علاجه فوراً، فإذا حدث ألم بطني حاد واستمر أكثر من (10 ـ 20) دقيقة، وترافق مع أي من الأعراض المذكورة سابقاً، يجب استدعاء الطبيب فوراً أو طلب الإسعاف الطبي، وبالإضافة إلى فحص الطبيب للبطن وأسئلته

حول الموضوع، فقد يحتاج المصاب إلى إجراء عدة فحوصات تشخيصية، كفحص الدم وتصوير البطن وغيرها. وعندما يتم التأكد أن الإصابة هي التهاب صفاق فإن العلاج الوحيد الممكن هو فتح البطن جراحياً على الفور ومن دون تأخير. قبل ذلك يتم تفريغ المعدة والأمعاء من محتوياتهما، بواسطة أنبوب طويل يمر عبر الفم. ويعطى المصاب مضادات حيوية لمعالجة الخمج، كما يعطى الغذيات مع السوائل بالتقطير عبر الوريد، ومن ثم يفتح البطن فوراً، فإما أن يُستأصل العضو المسبب للمشكلة (كما هو الحال في التهاب الزائدة)، أو أن يتم إصلاحه (كما هو الحال في القرحة المثقوبة)، وبمساعدة المضادات الحيوية هناك فرصة ممتازة للشفاء، ولا يموت بهذا الاضطراب اليوم، إلا بعض المصابين به فقط.

انسداد الأمعاء (Intestinal obstruction)

ربما تنسد الأمعاء جزئياً أو كلياً بحيث يصبح من المستحيل أن تأخذ عملية الهضم مجراها الطبيعي الكامل. أكثر الأسباب شيوعاً لهذا الانسداد يتضمن الفتق المختنق (ص 699)، أو انسداد الأمعاء بسبب التصاقها، أو بسبب نسيج نامي يسببه، عادة، مرض التهابي سابق أو عملية جراحية. ويمكن أن تنسد الأمعاء أيضاً بسبب نمو ورم فيها كسرطان القولون (ص 610)، وأحياناً ينعقد جزء من الأمعاء السليمة أو يلتف، وهي حالة تعرف بالانفتال. ونادراً ما يكونُ سبب الانسداد المعوي شيئاً ما غير مهضوم كقطعة نقود معدنية بلعها المصاب خطأً (ص 592).

انسداد الأمعاء بورم
إن انسداد الأمعاء الكامل بورم سرطاني نامي يحول دون مرور محتويات الأمعاء نحو المستقيم.

الأعراض: تعتمد الأعراض على موقع الانسداد، وعلى مدى كونه تاماً أو جزئياً. يسبب الانسداد في المعي الدقيق آلاماً متقطعة كالتشنجات، وذلك في منتصف البطن، مع نوبات متزايدة من الإقياء. أما إذا كان الانسداد في المعي الغليظ، فقد يحدث تقيؤ بسيط أو لا يحدث أبداً. وعادة يحدث الإمساك في حالة الانسداد الكامل في أي مكان من السبيل الهضمي. فإذا انسد المعي الغليظ ربما أصبح من الصعب إخراج الغازات أيضاً. يسبب الانسداد الجزئي، غالباً، إسهالاً أكثر مما يسبب إمساكاً لأن السوائل فقط يمكنها أن تمر عبر الانسداد. وفي حال الانسداد الناتج عن الانفتال، قد يسترخي أحياناً القسم المنفتل من الأمعاء مما يسبب زوال الألم وتحرير كميات كبيرة من الغازات، والإسهال، ولكن، عادة، يكون الاسترخاء مؤقتاً فقط.

المضاعفات: انسداد الأمعاء شائع تقريباً، ولحسن الحظ، يتم عادة اكتشاف السبب المستبطن وعلاجه قبل حدوث الانسداد الكلي. إن أي اضطراب بسبب عدم تأدية الأمعاء لوظائفها بشكل طبيعي (راجع العِلَّوص البحث التالي) يمكن أن يؤدي إلى شلل فيها، كما يسبب التقيؤ المستمر تجفاف الجسم، وفي النهاية تحدث صدمة للمصاب (ص 467). فإذا لم ينفرج الانسداد ذاتياً، أو إذا لم يعالج فوراً فهناك أيضاً خطر تمزق الأمعاء وما يترتب على ذلك من التهاب الصفاق (راجع البحث السابق)، أما إذا كان الانسداد بسبب السرطان فهناك، بالإضافة إلى كل ما سبق، خطر مضاعفات السرطان نفسه.

العلاج: يكتشف الطبيب وجود الانسداد في الأمعاء من أعراضه الواضحة إضافة لفحص البطن. بعد ذلك يجب دخول المستشفى، بدون تأخير، حيث يجرى للمصاب تصوير بطن بالأشعة لتحديد موقع الانسداد، وأحياناً قد يضطر الطبيب لفتح البطن ليرى ويحدد السبب بدقة، كما يعطى المصاب سوائل بالتقطير الوريدي لمنع التجفاف والصدمة، وسيتم تفريغ محتويات سبيله الهضمي بواسطة أنبوب طويل يمر عبر الفم نحو الأسفل. لا بد من إجراء عملية جراحية لإصلاح الانسداد، وهذه قد تجرى أثناء فتح البطن الاستقصائي إذا لزم الأمر، فإذا كان مصدر المشكلة الانفتال، فإن الطبيب سيعيد الأمعاء إلى وضعها الطبيعي، وذلك بفك الانفتال، وجعل الأمعاء بوضع يمنع فيها رجوع المشكلة، ولكن غالباً ما يكون الإجراء المفضل هو استئصال جزء صغير من الأمعاء المنفتلة وإعادة وصل النهايات الباقية مع بعضها.

فرص الشفاء التام من انسداد الأمعاء ممتازة جداً بعد الجراحة ما لم يفشل الاضطراب المستبطن في الاستجابة للعلاج.

العِلَّوص (Ileus)

العِلَّوص اضطراب خطير تصبح فيه الأمعاء مشلولة بسبب انهيار عمليات الهضم الاعتيادية، ويعود سبب ذلك لحدوث اضطرابات في الأمعاء كانسدادها (البحث السابق)، أو وجود قرحة مثقوبة (راجع قرحة العفج ص 590)، أو إجراء جراحة بطنية.

تقوم الجراثيم الموجودة في الطعام المحتجز داخل الأمعاء، والمهضوم جزئياً، بإنتاج غاز يؤدي لانتفاخ الأمعاء والبطن، فيضغط البطن المنتفخ على الصدر ويعيق التنفس، ويعاني المصاب من إمساك شديد، وترتفع حرارته، ويتقيأ بشكل متكرر سائلاً كريه الرائحة.

في بداية هجمة العِلَّوص يحدث ألم مستمر مبهم في البطن والأمعاء سرعان ما يختفي، ولكن هذا لا يعني أن الحالة قد تحسنت، بل ربما تكون هذه الحالة مميتة ما لم يعالج السبب المستبطن بنجاح.

بعض حالات العلّوص تحدث بعد العمليات الجراحية المجراة في البطن، ولكنها تعالج روتينياً بعد الجراحة. أما في الحالات التي يحدث فيها العلّوص بسبب اضطراب مستبطن، كقرحة مثقوبة، فلا بد من المعالجة الفورية.

السَّرَطَاوِيَات (Carcinoids)

السَّرَطاوية نوع نادر من التنامي في جدار الأمعاء، لكن وعلى الرغم من أنه تنام خبيث فإنه ينمو ببطءٍ دون أن يعلم المصاب بوجوده، وقد يُكتَشف فجأة عند إجراء فحص ما أو جراحة في البطن لا علاقة لها بهذا التنامي، وأحياناً قد تكبر هذه التناميات لدرجة تؤدي إلى انسداد الأمعاء.

لدى كل واحد من عشرة من المصابين بهذا الاضطراب، تنتشر الخلايا السَّرَطاوية عبر مجرى الدم إلى الكبد حيث تتكاثر وتشكل أوراماً مفرزة لهرمونات ذات تأثير كبير على الجسم، فتحدث نتيجة لذلك مجموعة أعراض متميزة تدعى المتلازمة السرطاوية (Carcinoid syndrome).

الأعراض: أهم عرض للمتلازمة السرطاوية هو بيغ (Flushing) (توسع الأوعية الدموية مع احمرار) جلد الرأس والعنق، وهذا يهيجه بعض النشاطات، كلعب الرياضة وشرب الكحول، ويبدو البيغ كاحمرار في المنطقة يدوم لعدة ساعات، لأن سببه إفرازات شاذة لهرمون له هذا التأثير.

أما الأعراض المحتملة الأخرى فتشمل تورم العينين، ودُماع، وإسهال مفاجئ شديد يترافق غالباً بتشنجات بطنية، وأزيز (أثناء التنفس) وأعراض ربوية أخرى (ص 422)، وأعراض قصور قلبي (ص 460) تتضمن زلة تنفسية.

.إذا أصابتك هذه الأعراض، سيجري الطبيب تصويراً شعاعياً لبطنك، وتنظيراً داخلياً لرؤية داخل سبيلك الهضمي، فإذا وجد كتل نامية، فإنه سيأخذ خزعة لفحصها نسيجياً.

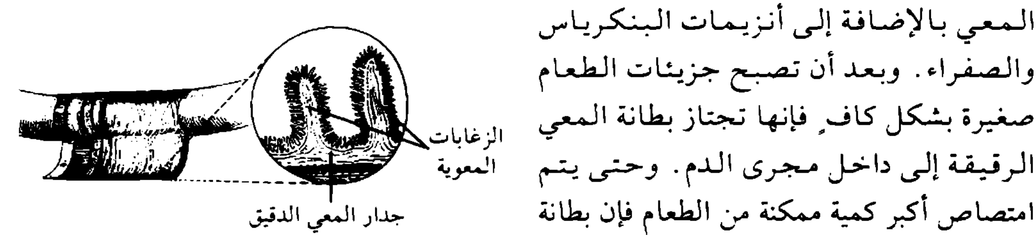
العلاج: إذا تم الكشف عن السَّرَطاوية في مراحلها الأولى، فيمكن استئصالها جراحياً، ولكن الجراحة لا تشفي المتلازمة السرطاوية، لذلك يهدف العلاج لتخفيف الأعراض، فتُوصف عقاقير مناسبة لتساعد على تخفيف تكرار وطول فترة هجمات البيغ، وعلى السيطرة على الإسهال، وتخفيف أعراض الربو، وربما يُستعمل عقار سام للخلايا لإبطاء تقدم المرض.

ـ 7 ـ

المعي الدقيق (Small intestine)

المعي الدقيق هو أنبوب طوله حوالي خمسة أمتار وقطره حوالي (3,5سم)، يبدأ من المعدة وينتهي عند القولون، وهو الموقع الرئيسي الذي يتم فيه امتصاص الغذيات إلى مجرى

الدم. في المعي الدقيق تستمر عملية تفكيك الطعام إلى جزيئات أصغر بعد أن بدأت هذه العملية في المعدة، ويساعد في ذلك إنزيمات إضافية (عصارات هاضمة) يفرزها جدار هذا المعي بالإضافة إلى أنزيمات البنكرياس والصفراء. وبعد أن تصبح جزيئات الطعام صغيرة بشكل كافٍ فإنها تجتاز بطانة المعي الرقيقة إلى داخل مجرى الدم. وحتى يتم امتصاص أكبر كمية ممكنة من الطعام فإن بطانة المعي الدقيق تكون مغطاة بتبارزات دقيقة تشبه الأصابع تدعى الزغابات المعوية (Villi) حيث توفر هذه الزغابات سطحاً واسعاً جداً يلامس المادة التي تمر داخل المعي.



يبطن المعي الدقيق تبارزات شبيهة بالأصابع تدعى الزغابات، عملها امتصاص الغذيات.

داء كرون (Crohn's disease)

داء كرون (يسمى أيضاً الالتهاب اللفائفي الناحي) هو التهاب مزمن، أو مديد، في جزء من السبيل الهضمي، لكن أغلب الحالات المشاهدة تكون في الجزء النهائي من المعي الدقيق، رغم إمكانية حدوث الالتهاب في جزء صغير من أي مكان فى الأمعاء.

لا يزال السبب الحقيقي لهذا المرض مجهولاً، رغم وجود سبب التهابي ظاهري، ومن الملاحظ احتمال انتشار هذه الإصابة بكثرة في بعض العائلات.

يبدأ المرض بتطور بقع من الالتهاب في جدار المعي، تنمو أو تنتشر من جزء إلى جزء آخر من السبيل الهضمي أو تنحصر في موضع واحد، وتشفى بعض البقع ولكنها، تخلّف نسيجاً ندبياً يزيد من سماكة جدران المعي ويسبب تضيق اللمعة المعوية.

الأعراض: يظهر داء كرون عادة بشكل نوبات دورية من المغص، وألم في الجهة اليمنى في أسفل البطن مع إسهال، وإحساس عام باعتلال الصحة، وربما تحدث حمى خفيفة. تبدأ النوبات، غالباً، في العقد الثالث (العشرينات) من العمر، وتعاود أحياناً كل بضعة أشهر، وأحياناً كل بضعة سنوات وحتى نهاية العمر، وفي حوالي ربع الحالات تظهر الأعراض مرة واحدة أو مرتين ولا تعاود إطلاقاً.

المضاعفات: إذا استمر داء كرون لسنوات فإنه يسبب تدهوراً تدريجياً في وظيفة الأمعاء، وقد يحدث سَرَب (تسرب) أحياناً من المعي الملتهب مسبباً التهاب الصفاق (راجع ص 594)، وهناك خطورة حدوث ضعف امتصاص للغذيات، مع فقدان الشهية للطعام وفقدان الوزن (راجع سوء الامتصاص ص 601) أو انسداد الأمعاء (ص 595)، كما يمكن أن يحصل نزف دموي شديد مسبباً فقر دم ناتجاً عن نقص الحديد (ص 515). إذا لم يعالج الداء فإن هناك فرصة ضعيفة لزيادة احتمال الإصابة بسرطان المعي.

العلاج: على المصاب بداء كرون اتباع إرشادات طبيبه، خاصة فيما يتعلق بالحمية والراحة، وعادة لا تكون معالجة هجمة الداء صعبة حيث يصف الطبيب أدوية مسكنة للألم ومضادات إسهال ومضادات للالتهاب وڤيتامينات. . . . فتتحسن الحالة سريعاً وتتوقف الهجمة.

وبالإضافة إلى (تطبيق الحمية واستعمال الأدوية) ربما يقترح الطبيب تبديلاً في روتين حياة المصاب لتخفيف التوتر الذي يؤثر على الجهاز الهضمي والعصبي، وينصح بمعالجة مديدة. وعلى كل حال إذا أدت الهجمات المتكررة إلى تندب وتضيق في الأمعاء بشكل سيء جداً، وأصبح الالتهاب لا يستجيب للمعالجة الدوائية، فربما يلجأ الطبيب لاستئصال القسم الأشد إصابة في المعي جراحياً، أو قد يجري فَغْر اللفائفي في حالات نادرة، ونلفت النظر إلى أن الجراحة قد تحدث تحسناً واضحاً لسنوات عديدة لكنها لا تشفي من المرض.

الزرب اللاإستوائي (اعتلال الأمعاء الغلوتيني) (Celiac disease in adults)

في هذا المرض، تكون ردة فعل بطانة المعي الدقيق غير ملائمة تجاه الغلوتين (Gluten) (هو عبارة عن بروتين موجود في القمح وبعض الحبوب الأخرى).

من النادر أن يظهر الزرب اللاإستوائي للمرة الأولى عند البالغين، إذ يظهر غالباً في سن الرضاعة ولهذا السبب ستتم مناقشة هذا المرض بشكل كامل في قسم الأطفال (ص 912). فإذا ظهر الزرب اللاإستوائي، لأول مرة، عند البالغ تكون الأعراض ألماً وانتفاخ بطن، إسهالاً، غائطاً شحمياً، فقداناً في الوزن، ونقص الحيوية، مع العلم أن تشخيص وعلاج هذا المرض عند البالغ هو نفسه عند الأطفال.

أورام المعي الدقيق (Tumors of the small intestine)

كباقي أورام أجزاء الجسم الأخرى، ربما تكون أورام المعي الدقيق سليمة (محدودة في موقعها) أو خبيثة (تنتشر وتهدد الحياة)، ولكن معظمها يكون من النوع السليم ويخلو من الأعراض، وتبقى عادةً خفيةً إلى أن يتم كشفها أثناء فحوصات أو علاج اضطراب آخر. ولكن حوالي حالة واحدة من عشرة حالات تكون فيها النموات خبيثة، ونادراً جداً ما تكون من النوع المعروف بالسَّرَطاويات (ص 597).

الأعراض: تسبب الأورام الخبيثة في المعي الدقيق فقداناً في الوزن وأعراض فقر دم (شحوب وتعب وخفقان عند بذل الجهد) وأحياناً غائطاً أسود أو مدمى.

المضاعفات: أورام المعي الدقيق نادرة جداً، وتشكل أقل من (5%) من أورام السبيل الهضمي مع أنه (المعي) أوسع (أكثر مساحة) جزء فيه. إذا كنت مصاباً بداء كرون (ص 598)، أو بالزرب اللاإستوائي (البحث السابق)، فإن إصابتك بنموات سرطانية في المعي الدقيق تكون أكثر قليلاً من الطبيعي.

أهم مضاعفات هذه الأورام وأخطرها هو انسداد الأمعاء (ص 595)، بسبب أي نمو كبير، أضف إلى ذلك أن الأورام الخبيثة مهددة للحياة ولا يتم كشفها وعلاجها في مرحلة باكرة؛ لذلك فإن أهم المضاعفات هي تجاهل أو عدم كشف أورام المعي الدقيق الخبيثة إلى أن يكون الوقت قد أصبح متأخراً جداً.

العلاج: إذا فقد الإنسان كثيراً من وزنه بدون سبب واضح، أو إذا أصابه ألم في بطنه، أو إذا لاحظ أي تغيرات في نظام تغوطه و/أو إذا كان غائطه أسود، عليه أن يراجع الطبيب دون تأخير، وهو سيجري الفحوصات التشخيصية اللازمة. ويساعد التصوير الشعاعي مع ابتلاع الباريوم (Barium) في الكشف عن الأورام إن وجدت. ولتحديد فيما إذا كانت الأورام سليمة أم خبيثة، سيجري تنظيراً داخلياً، وسيأخذ خزعة يتم نزعها من النمو ذاته لفحصها نسيجياً. وبعد أن يتم الكشف عن وجود الورم والتأكد من طبيعته الخبيثة، يتم استئصاله جراحياً. في مثل هذه الحالات توصف العقاقير الستيروئيدية ويعالج المصاب بالأدوية السامة للخلايا (Chemotherapy)، وتطبق له معالجة شعاعية (Radiation therapy)، وقد تطبق هذه الطرق واحدة بعد الأخرى، أو تطبق كلها دفعة واحدة وذلك لتبقى الأورام تحت السيطرة.

رتج ميكيل (Meckel's diverticulum)

في هذا الاضطراب يتشكل جريب قرب النهاية السفلية للمعي الدقيق، وهو اضطراب خلقي أو موجود منذ الولادة. وهذا الجريب يشبه الزائدة من حيث انه خطير فقط عندما يلتهب. وهو يشاهد عند حوالي 2% من الناس، لكنه غالباً لا يسبب أية مشكلة أو إزعاج، ويصيب الرجال أكثر من النساء.

إن أعراض هذا الاضطراب هي نزف شديد من المستقيم (يكون اللون مائلاً للسواد) يسبقه ألم في أغلب الأحيان، ويكون عادة مصحوباً بالإقياء.

يمكن أن يشخص التهاب الرتج على أنه التهاب الزائدة (ص 603) مع/أو بدون التهاب الصفاق (ص 594). أو يشخص على أنه قرحة عفج نازفة (ص 590). ولكن العلاج الأولي لكل هذه الاحتمالات هو فتح البطن جراحياً، والتأكد أن رتج ميكيل هو سبب المشكلة، واستئصاله. لذلك فإن هذا العلاج مع علاج التهاب الصفاق حين الضرورة يؤدي إلى شفاء الحالة تماماً.

الإمساك والإسهال

معظم الناس يتغوطون مرة واحدة كل يوم، وآخرون يتغوطون مرتين أو ثلاث، وهناك من يتغوط ثلاث مرات أسبوعياً. وبشكل عام كلما زاد عدد مرات التغوط كلما كان الغائط طرياً. وبإمكانك أن تعتبر نفسك مصاباً بالإمساك إذا تغير نمط تغوطك وبدأت تعاني من صعوبة و/أو عدم

انتظام في التغوط، وبمعنى آخر نستطيع القول أنك تكون مصاباً بالإمساك كلما نقص عدد مرات تغوطك عن مرة واحدة كل يوم أو يومين. وبشكل مشابه فإنك تكون مصاباً بالإسهال إذا أصبح غائطك طرياً ومتكرراً بشكل غير طبيعي وبمعنى آخر كلما زاد عدد مرات تغوطك عن ثلاث مرات كل يوم.

إن الإسهال والإمساك، عادة، أعراض لاضطرابات ربما تكون خطيرة ولكنها غالباً ليست كذلك. فبعض الناس يصابون بإمساك معند بسبب إفراطهم في استعمال الملينات، حيث يؤدي هذا الأمر لاحقاً إلى كسل الأمعاء. وآخرون لا يتغوطون لأنهم يكونون مشغولين جداً ولا وقت لديهم للتغوط. تؤثر الأطعمة الفقيرة بالمواد السللوزية سلباً على التغوط، وكذلك تسبب بعض الأدوية كسلاً في الأمعاء وبالتالي حدوث الإمساك. والمصابون بالبواسير أو بالشقوق الشرجية يخافون من التغوط لما يحدثه لهم من ألم فيمتنعون عن فعل ذلك بشكل طبيعي مما يؤدي أيضاً إلى الإصابة بالإمساك، وكذلك يفعل الاكتئاب الشديد.

أما الإسهال فقد يصيب بعض الناس بسبب وقوعهم تحت كرب شديد أو إجهاد مضني. وقد تُحدث بعض الأطعمة إسهالاً وكذلك تفعل بعض الأدوية كمضادات الحموضة، والمضادات الحيوية، وشرب الكحول، والأرجية تجاه بعض أنواع الأطعمة وغيرها.

إذا استمر الإمساك أكثر من أسبوعين أو إذا استمر الإسهال أكثر من (48) ساعة، أو إذا لاحظت أية تغيرات في طريقة ونظام تغوطك فاطلب دائماً النصيحة الطبية، مع العلم أنه من غير المحتمل أن يكون السبب خطيراً ولكن دع الطبيب يقرر الأمر فذلك خير لك.

سوء الامتصاص (Malabsorption)

إذا وجد خطأ ما في بنية المعي الدقيق، أو إذا كانت المواد الكيميائية والأنزيمات الموجودة فيه لا تساعد بشكل صحيح على عملية الهضم، فإن ذلك يؤدي إلى عدم حدوث امتصاص كامل لبعض عناصر الطعام فتطرح مع الغائط، وهذه الحالة تدعى سوء امتصاص.

يمكن أن يحدث سوء الامتصاص كعَرَض لحالات أو أمراض مختلفة، مثلاً: يؤدي التبدل الحادث في السطح الماص الداخلي للمعي الدقيق، كالإصابة بالندبات الناجمة عن داء كرون (ص 598)، إلى عدم مرور غذيات كافية عبر جدار المعي (سوء امتصاص)، وربما يحدث تخرب مماثل في سطح المعي الدقيق الماص كردة فعل تجاه أحد عناصر الطعام، مثل مادة الغلوتين، وكذلك يحدث في المرض الوراثي النادر المسمى (عوز اللاكتاز) وهو عبارة عن فقدان أنزيم اللاكتاز في الأمعاء مما يسبب عجزاً في هضم وامتصاص اللاكتوز (سكر الحليب) الذي يوجد في الحليب (راجع عدم تحمل اللاكتوز ص 914).

تشمل الأسباب الأخرى لسوء الامتصاص فقر الدم بسبب نقص الحديد (ص 515) وفقر الدم بسبب نقص الفيتامين ب12 (B12) (ص 517)، والتهاب البنكرياس (ص 624)، كما قد يحصل سوء الامتصاص كاختلاط ناجم عن الداء السكري (ص 671) والتليف الكيسي (ص 913)، وفي بعض الحالات كمضاعفة لجراحة جهاز الهضم.

الأعراض: أهمها، انزعاج بطني عَارِض، تغوط سهل، غائط بلون رمادي مصفر وذو مظهر

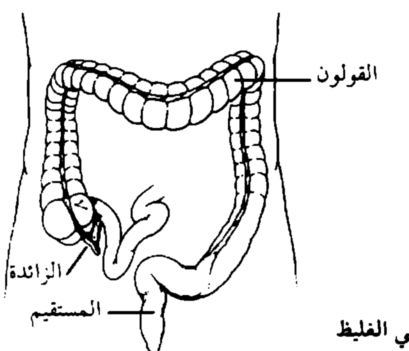
دهني له رائحة خاصة قوية ويميل لأن يطفو فوق الماء بسبب محتواه المرتفع من الدهن، وبمرور الأشهر والسنين يؤدي سوء الامتصاص غير المكتشف إلى فقدان الوزن والطاقة، والزلة التنفسية، وأعراض نقص الڤيتامينات والمعادن، كتقرح اللسان، والشعور بوخز وتنميل في الذراعين والساقين، والتشنجات العضلية والألم العظمي (راجع نقص الڤيتامينات والمعادن ص 630).

العلاج: لدى مراجعة الطبيب فإنه سيفتش عن السبب الكامن، وراء الإصابة، وسيعالجه حسبما تستدعيه الحالة، وربما يساعد الطعام الغني بالبروتينات والسكريات والڤيتامينات والمعادن على الشفاء.

- 8 -
المعي الغليظ (Large intestine)

يتألف المعي الغليظ الذي هو عبارة عن أنبوب طوله حوالي متر ونصف، وقطره (5) سنتيمتر من قسمين رئيسيين هما: القولون (Colon) والمستقيم (Rectum).

يتفتح المعي الدقيق على حجيرة تشبه الجيب تدعى الأعور (Cecum)، وهو القسم الأول من القولون، وذلك في المنطقة السفلية اليمنى من البطن، ثم يتابع القولون سيره نحو الأعلى بمحاذاة الجهة اليمنى للبطن، ثم ينعطف إلى الجهة اليسرى ويمر أفقياً عبر أسفل القفص الصدري ثم ينعطف نحو الأسفل ويتابع سيره بمحاذاة الجهة اليسرى من البطن، وهكذا يشكل في مجموعه إطاراً للمعي الدقيق الملتف كثيراً.



المعي الغليظ
يتدفق الطعام اللامهضوم بشكلٍ سائلٍ من المعي الدقيق إلى المعي الغليظ، حيث يتم امتصاص معظم محتواه من الماء ويُعاد إلى الجسم. والفضلات شبه الصلبة المتبقية تتحرك للأسفل نحو المستقيم وتطرح عبر الشرج بشكل غائط.

أما المستقيم فهو عبارة عن أنبوب صغير طوله حوالي (12) سنتيمتراً يجري باتجاه الأسفل من نهاية القولون إلى فتحة الشرج (Anus).

يتم امتصاص السوائل ومختلف الأملاح المعدنية إلى مجرى الدم عبر جدار القولون الغشائي، بينما تتراكم (تتجمع) المواد الصلبة غير المهضومة وتتحرك باتجاه المستقيم حيث يتم تخزين تلك الفضلات فيه إلى أن تُطرح عبر الشرج بشكل غائط.

يصاب المعي الغليظ بمشاكل متعددة، أهمها الإصابة بالأخماج الجرثومية والطفيلية، وهو أيضاً أكثر عرضة للأورام والسلائل (Polyps) من أي قسم آخر من السبيل الهضمي، ويتأثر أيضاً سلباً ببعض أنواع الأطعمة.

التهاب الزائدة (Appendicitis)

الزائدة هي جريب (جيب) يشبه الدودة (لذلك يسميها البعض الزائدة الدودية)، رفيع البنية، طوله حوالي 9 سم، يبرز من القسم الأول من القولون. عند بعض الحيوانات كالأرانب مثلاً، تكون الزائدة كبيرة نسبياً وتلعب دوراً هاماً في عملية الهضم. أما عند الإنسان، فالزائدة صغيرة ويبدو أنه لا وظيفة لها، وأهميتها الوحيدة المعروفة، لسوء الحظ، هي أنها يمكن أن تصاب بالاضطراب. وفي الحالة المعروفة بالتهاب الزائدة، التي تحصل دون أسباب مفهومة بشكل كامل، نجدها تنتفخ وتلتهب وتمتلئ قيحاً (Pus) .

الأعراض: العرض الرئيسي لالتهاب الزائدة هو حدوث ألم حاد في البطن يبدأ عادة كإزعاج غامض حول السرة، وتشتد حدته ويتركز، أكثر فأكثر، خلال بضعة ساعات في منطقة الزائدة (القسم الأسفل من الجهة اليمنى من البطن)، حتى أن الضغط الخفيف على هذه البقعة يزيد من الألم، وترتفع حرارة المصاب، ويشعر بغثيان وربما يتقيأ فعلياً، ويفقد شهيته للطعام وقد يصاب بالإمساك، أو بالإسهال أحياناً.

موقع الزائدة
تتبارز الزائدة من الأعور الواقع عند اتصال المعي الغليظ بالمعي الدقيق في القسم السفلي الأيمن من البطن.

المضاعفات: التهاب الزائدة مرض نادراً ما يصيب الأطفال دون السنتين من العمر، أما باقي الناس فمعرضون للإصابة به بمعدل شخص واحد إلى كل خمسماية شخص سنوياً. فإذا أصبت بهذه الحالة وتأخرت في إجراء العلاج الجراحي فهناك احتمال أن تنثقب الزائدة الملتهبة والمنتفخة وتتمزق، فإذا حدث ذلك ستخرج محتوياتها إلى جوف البطن وتسبب التهاب الصفاق (ص 594). ولكن من المحتمل أن يغلف الثَّرب (Omentum) (وهو جزء من الصفاق يشكل نسيجاً شحمياً على شكل مئزر يغلف الأمعاء) تلك الزائدة الملتهبة ويحصر الخمج في منطقة محدودة جداً ويمنع انتشاره، وبهذه الطريقة تصبح الزائدة مصابة بخراج.

العلاج: إذا اشتكى الإنسان من ألم في بطنه مع أي من الأعراض المذكورة سابقاً، عليه مراجعة الطبيب دون تأخير. ونحذِّر من أخذ أي مليِّن، لأن ذلك قد يسبب انفجار الزائدة الملتهبة. قد تستدعي الحالة إجراء عملية جراحية فورية أو إجراء المزيد من الفحوصات التشخيصية، لاستئصال الزائدة الملتهبة القابلة للانفجار، كفحوصات الدم، وتصوير البطن شعاعياً، ولكن في بعض الحالات يجرى فتح بطن على الفور كعملية جراحية استقصائية للكشف عما يوجد داخل البطن.

عادة، يكون علاج الزائدة الملتهبة هو استئصالها السريع بعملية جراحية طارئة. أما إذا أظهرت الفحوصات التشخيصية، وجود خراج فيها، فإن بعض الأطباء يرون إمكانية تأخير استئصالها لبعض الوقت ريثما تتحسن حالة الخمج، مع إعطاء جرعات مكثفة من المضادات الحيوية لعدة أسابيع، ولكن من الضروري استئصال الزائدة بعد الشفاء وزوال الخراج والأعراض، لأن الخراج يعاود مرة ثانية إذا بقيت دون استئصال.

فتح البطن والبطن الحاد

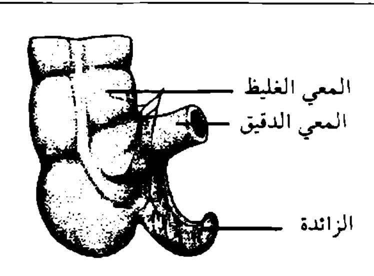
إن التهبت الأمعاء والبطانة الداخلية لتجويف البطن (راجع التهاب الصفاق ص 594)، يعاني المصاب من ألم وإقياء وارتفاع حرارة، وكلما ازداد الالتهاب سوءاً كلما ازدادت الأعراض شدة، وتشنجت عضلات جدار البطن بحيث يصبح صلباً كقطعة خشب، وتكون الأعراض متشابهة فيما لو كان سبب الالتهاب قرحة عفجية مثقوبة (ص 590)، أو زائدة ملتهبة (الصفحة السابقة)، أو داء كرون (ص 598)، أو داء الرتج (ص 606) أو نزفاً من أذية في البطن، كضربة قوية. فإذا أصابت الأعراض المذكورة أعلاه، شخصاً ما، ونقل إلى المستشفى كحالة طارئة، ولم يتمكن الطبيب من تشخيص حالته على الفور، فإنه سيعتبرها حالة بطن حاد (Acute abdomen)، وسيكون الحل العملي، هو إجراء عملية فتح بطن لإلقاء نظرة داخله ومعرفة ما هو سبب الحالة الموجودة.

إن عبارة فتح بطن (Laparotomy)، تشير إلى عملية فتح البطن الاستقصائية التي يقوم فيها الجراح لمعرفة سبب الخمج أو المشكلة، وهي لا تجرى دائماً كحالة طارئة (إسعاف)، بل تجرى، على سبيل المثال، إذا حدثت حمى لعدة أسابيع لم يتم تشخيصها حتى بعد الفحوصات الشاملة.

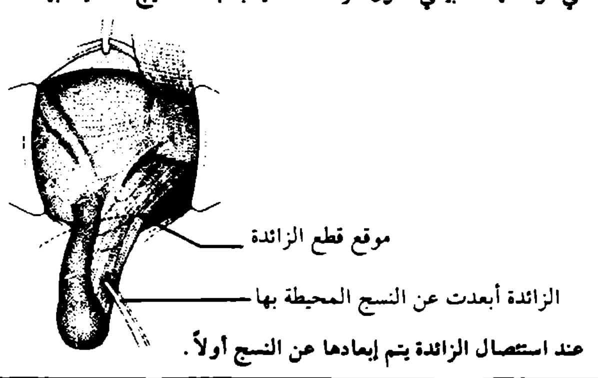
عملية استئصال الزائدة

تستأصل الزائدة عادة عندما تلتهب وتكون معرضة للانفجار، ولكن، أحياناً، لا يستطيع الجراح التأكد من التهاب الزائدة إلى أن يفتح البطن ويفحص كل شيء بداخله. هذا الإجراء يسمى فتح البطن (الفقرة السابقة).

أثناء العملية: يتم قطع الزائدة واستئصالها من خلال شق في القسم الأسفل للبطن في الجهة اليمنى. فإذا لم تكن هناك مشاكل بطنية فإن العملية تستغرق حوالي ساعة أو أقل.



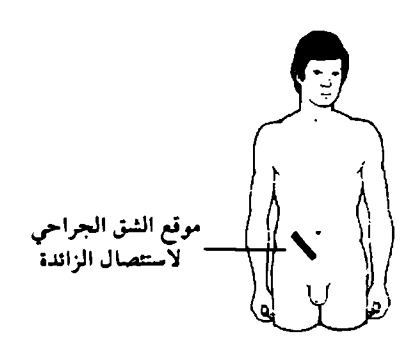
في موضعها الطبيعي تكون الزائدة منحنية باتجاه النسيج المحيط بها.



عند استئصال الزائدة يتم إبعادها عن النسج أولاً.

بعد العملية: عادة، يستطيع المصاب أن يأكل ويشرب بعد (24) ساعة من العملية، لكن يجب أن يبقى في حالة راحة تامة لمدة أسبوع.

فترة النقاهة: تستغرق فترة النقاهة بشكل عام من (20 ـ 30) يوماً، وبعدها يعود كل أمر إلى وضعه الطبيعي السابق دون أن تترك العملية أي أثر على الصحة العامة.



تكون الزائدة في وضعها الطبيعي منحنية على النسيج المجاور تشكل وتمسك مُبْعَدَةً عن النسيج قبل إزالتها جراحياً.

تهيج القولون (Irritable colon) (تشنج القولون، التهاب القولون المخاطي، تنانر الأمعاء المتهيجة)

في الحالة الطبيعية، تندفع محتويات الأمعاء نحو الأمام بواسطة الأمواج المتناسقة النظامية لتقلص عضلات الأمعاء، وهذا ما يطلق عليه اسم التمعج (Peristalsis) (وهي الحركة الدودية الخاصة بسبيل الهضم)، إلى أن تصل هذه الفضلات إلى المستقيم. وعادة يفرغ المستقيم محتوياته مرة واحدة إلى مرتين يومياً، ويكون هذا الغائط طرياً ومتماسكاً.

في حالة الاضطراب، المعروف بتشنج القولون، تكون أمواج التقلص العضلي (التمعجات) غير نظامية وغير متناسقة، مما يؤثر على سير الفضلات عبر الأمعاء وعلى الشكل الطبيعي للتغوط.

تهيج القولون هو أحد الاضطرابات المعدية المعوية الأكثر شيوعاً، وأقلها تفهماً، ويصيب النساء ضعفي ما يصيب الرجال، ويبدأ غالباً، عند بداية مرحلة البلوغ.

الأعراض: تشبه أعراض تهيج القولون أعراض أي اضطراب معدي معوي آخر. فمن المحتمل أن يتغوط المصاب عدة مرات يومياً، ويكون الغائط إما صلباً أو طرياً أو سائلاً. وقد تحدث هجمات من الغثيان مصحوبة بألم بطني تشنجي، وتمدد بطني ووجود كميات وافرة من الغازات وإحساس أن المستقيم لا يُفَرَّغ أبداً بشكل كامل، (أي إحساس مستمر بمزيد من الرغبة في التغوط). تختلف الأعراض من شخص لآخر، فمثلاً يكون العرض الرئيسي عند بعض الناس ألماً في البطن، بينما عند الآخرين يكون العرض الرئيسي إسهالاً أو هجمات متناوبة من الإسهال والإمساك.

العلاج: بما أن بعض الأعراض مشابهة لتلك الخاصة بسرطان القولون (راجع سرطان المعي الغليظ ص 610) والتهاب القولون التقرحي (ص 608) وداء كرون (ص 598) وجميعها أمراض خطرة، لذلك يراجع الطبيب، من دون تأخير عند الشعور بأي عَرَض مما وصفنا سابقاً،

وهو سيجري سلسلة من الفحوصات لوضع التشخيص الصحيح، كالتصوير بالأشعة والتنظير السيني (Sigmoidoscopy) وفحص عينات من الغائط للبحث عن وجود دم خفي أو طفيليات أو عوامل خامجة. فإذا لم تُظهر كل الفحوصات وجود أي اضطراب في الأمعاء، وكانت صحة المصاب جيدة، فالحالة عبارة عن تهيج القولون؛ وهي حالة صعبة العلاج ومزعجة والشفاء التام منها بعيد المنال.

هناك عدة عوامل تعرف بأنها تزيد من شدة الأعراض، ولكن في نفس الوقت هناك عدة خطوات تساعد على تخفيفها.

العلاج الذاتي: التوتر والسفر وتغيير المهنة، أو العمل والإجهاد والكَرْب العاطفي وطبيعة الطعام، كل ذلك يؤثر على شدة الأعراض. لذلك تستطيع، أنت بالذات، أن تحدد بعض المواقف أو الأطعمة التي بإمكانك أن تتجنبها لتخفف من مشكلتك. لذلك عليك أن تتذكر (أو تحفظ بمذكرة خاصة) كل شيء تأكله أو تشربه، وأن تحاول أن تتعرف على الأطعمة والأشربة الخاصة التي تسبب لك المشاكل.

التدخين من العوامل المساعدة على إثارة وزيادة الأعراض سوءاً، لذلك فإن الإقلاع عنه يساعد في تخفيف وطأة الحالة. وجد العديد من المصابين أن الغذاء الذي يحتوي على ألياف كثيرة، يخفف كثيراً من الأعراض، وبعضهم الآخر قد حصلوا على نتائج أفضل عندما تناولوا غذاءاً بسيطاً مناسباً، لذلك يحتاج المصاب إلى الاعتماد على تجربته الذاتية لإيجاد أفضل غذاء يناسبه؛ والغذاء الذي يجب الابتعاد عنه.

العلاج الاختصاصي: بالإضافة إلى تطبيق تعليمات العلاج الذاتي المذكورة سابقاً، هناك علاج آخر يهدف لإعادة تقلصات عضلات الأمعاء إلى حالتها الطبيعية. فإذا كان الغائط قاسياً وغير نظامي يصف الطبيب عقاراً مليناً، أما إذا كان أهم الأعراض هو الإسهال أو ألم البطن فسيصف عقاقير مضادة للتشنج أو مركِّنات أو مهدِّئات خفيفة، وفي النهاية يحتاج المصاب أن يتعلم كيف يتعايش مع أعراضه ويسيطر عليها، ويتعلم ماذا يريحه وماذا يزعجه.

داء الرتج (الرتاج) (Diverticular disease)

أحياناً، تظهر بعض الانتفاخات الصغيرة التي تشبه الأكياس، وتعرف بالرتوج (مفردها رتج)، في جدران القسم الأسفل من القولون، وهو مرض خالٍ من الأعراض، حيث يوجد العديد من كبار السن مصابون بالرتوج دون علمهم، ولكن، ومن دون سبب معروف، يلتهب واحد أو أكثر من هذه الرتوج ويسبب داء الرتج المعروف بالتهاب الرتج (Diverticulitis).

الرتاج

في الرتاج، تتشكل جيوب صغيرة في جدار القولون وتتبارز داخل جوف البطن.

يبدو أن هناك علاقة بين داء الرتج والغذاء الذي يحوي على قليل من الألياف، حيث يلاحظ أن التهاب الرتج نادر الحدوث بين الناس الذين يستهلكون أليافاً أكثر.

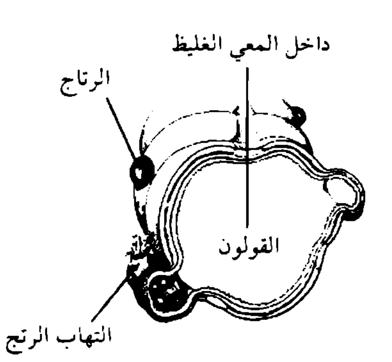
الأعراض: قد لا يشكو المصاب بداء الرتج من أي أعراض أبداً، أو ربما يعاني من آلام مَعصية، وأحياناً قد يحدث إيلام في الجهة اليسرى من البطن. تخف الأعراض بشكل مؤقت عندما تخرج الغازات، أو بعد التغوط، وفي الغالب يكون الغائط قليلاً وقاسياً، وربما تحدث هجمات من الإسهال. وفي بعض الأحيان تنزف تلك الرتوج مما يسبب ظهور دم أحمر قانٍ في جزء من الغائط. وإذا التهب الرتج، يعاني المصاب من ألم حاد في البطن يكون تشنجياً في البداية ثم يصبح ثابتاً ومتركزاً في القسم الأسفل اليساري من البطن، وربما يحدث شعور بغثيان وحمى، ويشتد ألم البطن عند ملامسة منطقة التقرح أثناء فحص البطن باليد من الخارج.

يحصل التهاب الرتج لبعض الناس فجأة، فيحدث ألماً شديداً غير محتمل خلال بضع ساعات، وعند أناس آخرين، تكون الأعراض أخف وتتدرج خلال عدة أيام قبل أن تشتد.

المضاعفات: لحسن الحظ، فقط القليل من أولئك المصابين بالرتاج يظهر لديهم أعراض التهاب الرتج، فإذا أهملوا علاج هذا الالتهاب فقد يؤدي ذلك إلى مضاعفات خطيرة، منها تشكل خراج في القولون حول الرتج الملتهب، الذي يؤدي أحياناً إلى ثقب جدار الأمعاء، فيحدث التهاب الصفاق (ص 594)، فإذا حدث ذلك فإن المصاب ربما يصبح عرضة للموت ما لم يتلقَ علاجاً فعالاً خلال وقت قصير جداً (خلال ساعة واحدة مثلاً).

العلاج: دائماً يجب مراجعة الطبيب إذا تغير نظام أداء الأمعاء الطبيعي لمدة أسبوع أو اثنين، أو إذا حدث ألم مستمر في القسم الأسفل من البطن، وهو سيجري ما يلزم من فحوصات لنفي احتمال وجود سرطان في المعي الغليظ (ص 610) حيث أن أعراضه شبيهة بهذه الأعراض. فإذا دلت الأعراض على أن الحالة هي التهاب الرتج، فيجب تلقي المساعدة الطبية بدون تأخير.

العلاج الذاتي: من الممكن تجنب تشكل الرتوج وذلك بتعديل الغذاء، كتناول الخبز الكامل غير المنقى، وتناول فطور يحوي على طحين الشوفان أو نخالة القمح، والكثير من الخضراوات والفواكه الطازجة التي تحتوي على ألياف، وقد وجد العديد من الناس المصابون بأعراض خفيفة من التهاب الرتج أن الأعراض تختفي خلال (7 ـ 14) يوماً بعد البدء بمثل هذه الوجبة الغذائية. هذا وإن تناول غذاء يحتوي على نسبة عالية من الألياف يسبب



مقطع عرضي عبر القولون يبين كلا شكلين داء الأرتاج: الرتاج والتهاب الرتج.

انتفاخ البطن وتمرير الكثير من الغازات، لذلك يمكن تعديل كمية الألياف في الغذاء إلى أن يجد المصاب مقدار ما يناسبه منها مع تناول مستحضرات أو أغذية تخلص من حالة الإمساك وتحافظ على الغائط طرياً.

العلاج الاختصاصي: يكون علاج التهاب الرتج بعد دخول المستشفى، بسحب كل محتويات معدة المصاب عبر أنبوب أنفي معدي، ومنعه من تناول الطعام والشراب، وتغذيته بالسوائل عبر الوريد، كما يعطى مضادات حيوية ومسكنات ألم. وهكذا تتفرغ الرتوج من المواد الصلبة الموجودة بداخلها وتبدأ بالشفاء، وخلال بضعة أيام تتحسن الحالة وتختفي الأعراض. بعد الشفاء يمكن العودة تدريجياً لتناول الأكل والشرب من جديد. وتعتبر احتمالات الشفاء التام من هجمات التهاب الرتج ممتازة خاصة إذا تم العلاج في وقت مبكر من ظهور الأعراض. أما إذا عاودت الحالة، أو إذا رأى الطبيب أن الحالة لن تشفى وستعاود من جديد، فإنه ينصح بإجراء عملية جراحية لاستئصال القسم المصاب من القولون.

التهاب القولون التقرحي (Ulcerative colitis)

التهاب القولون التقرحي هو حالة مرضية طويلة الأمد تصاب فيها مناطق من بطانة المعي الغليظ بالالتهاب وتشكل قرحات وخراجات صغيرة. ربما تظهر هذه القرحات والخراجات أولاً في المستقيم ثم تنتشر تدريجياً نحو الأعلى إلى أسفل القولون، أو أن يلتهب كامل المعي الغليظ. ليس معروفاً حتى الآن لماذا أن بعض الناس هم أكثر عرضة من غيرهم للإصابة بهذا الاضطراب، وما هو سببه.

الأعراض: تعاود الأعراض عادة، على فترة سنوات، فقد تحدث هجمة التهاب قولون تقرحي دون إنذار، أو ربما يبدأ المرض بالظهور تدريجياً. أما العرض الذي يظهر باكراً فهو ألم في الناحية اليسرى من البطن، يخففه التغوط، ولكن عملية التغوط ذاتها تكون مؤلمة، وربما يحصل إسهال، ويكون الغائط محتوياً على دم وقيح. في الهجمة الحادة، ربما يحصل تعرق وغثيان وفقدان شهية للطعام وحمى تصل حتى 40 درجة مئوية.

إن حالة التهاب القولون التقرحي قليلة نسبياً، وهي أكثر شيوعاً عند النساء، وتحدث غالباً في مرحلة الشباب.

المضاعفات: في حالة الهجمة الحادة من المرض، ربما يفقد المصاب كمية كبيرة من الدم، كما تسبب المواد السامة التي تتشكل في المنطقة المتقرحة تسمماً دموياً (ص 519)، وهذا يمكن أن يكون مميتاً، ولكن تكون الهجمات، عادة، متقطعة وليست شديدة إلى هذا الحد. إن المصابين بالتهاب القولون منذ عدة سنوات هم أكثر عرضة للإصابة بسرطان المعي الغليظ من أي شخص آخر غير مصاب بهذا المرض.

العلاج: إذا أصيب أي شخص بهجمة إسهال مؤلمة واحتوى غائطه على دم وقيح

ومخاط، أو إذا أصابته أعراض توحي بوجود التهاب قولون تقرحي لديه، فليراجع الطبيب، فإذا لم تُظهر التحاليل المخبرية للدم والغائط أي دليل على الخمج الذي هو أهم سبب لمثل هذه الأعراض، فقد تكون هناك حاجة لإجراء المزيد من الفحوصات.

العلاج الذاتي: في حالة الإصابة بالتهاب قولون تقرحي، يعطي الطبيب ما يلزم من تعليمات لتجنب هجمات أخرى، ويطلب جعل الغذاء يحتوي على نسبة أعلى من الألياف، كما يقترح بعض الأطباء التخفيف من تناول الحليب ومنتجاته الأخرى.

تزداد حدة المرض، غالباً، عند تناول مضادات حيوية، وهذه تسبب عادة إسهالاً كتأثير جانبي لها.

العلاج الاختصاصي: العقاقير الرئيسية المستعملة لعلاج حالة التهاب القولون التقرحي هي العقاقير الستيروئيدية (Steroids) ومضاد الالتهاب السلفاسالازين (Sulfasalazine) ومشتقاته، وتعطى مثل هذه العقاقير غالباً عن طريق الفم، وفي بعض الحالات يعطى السيتروئيد بشكل حقن (Enema) .

عادةً، يجب أن يطبق المصاب حمية على السوائل لمدة أسبوعين في بداية العلاج، أو ربما يعطى السوائل عن طريق الوريد، ويجرى له نقل دم إذا فقد كثيراً من دمه. وبعد أن تتم السيطرة على الهجمة الحادة سيوصف للمصاب علاج طويل الأمد لتجنب هجمات أخرى معاودة. فإذا عاود المرض ثانية، أو ساءت صحة المصاب كثيراً، فإن الطبيب سينصح بإجراء عملية تُعرف بقطع القولون (Colonectomy) بشكل كامل مع فَغر لفائفي دائم (Permanent ileostomy) وتعطي هذه العملية تحسناً كبيراً (راجع فغر اللفائفي ص 611).

الأورام السليمة في المعي الغليظ (Benign tumors of the large intestine)

إن النموات السليمة، في المعي الغليظ، بما فيها السلائل (Polyps) ، التي لا تنتشر ولا تهدد الحياة، هي الأكثر شيوعاً في هذا الجزء من الجسم. تحدث هذه النموات بشكل منفرد أو بمجموعات، دون سبب معروف، ومعظمها نموات صغيرة بحجم حبة البندق تعرف بالسلائل، إلا أن بعضها يمكن أن ينمو بشكل كبير بحيث يسبب انسداداً معوياً (ص 595). وبما أن ورماً واحداً، من كل عشرة أورام سليمة، يتطور ويصبح خبيثاً فإنه يتم عادة استئصال السلائل عند اكتشاف وجودها.

يصاب معظم الناس بأورام من دون أعراض ولذلك فهم لا يشعرون بها، وغالباً يتم الكشف عن هذه الأورام فقط بواسطة صور الأشعة التي تؤخذ عند معالجة اضطراب آخر. ولكن، في بعض الأحيان، يدل وجود أثلام (خيوط) من الدم الداكن في الغائط، أو وجود مفرزات مخاطية من الشرج (تلطخ الملابس الداخلية) على وجود الأورام السليمة. ويتم، عادة، تشخيصها واستئصالها بواسطة تنظير القولون (Colonoscopy) أو التنظير السيني

(Sigmoidoscopy) أو تنظير المستقيم (Proctoscopy) (راجع التعاريف ص 9). فإذا لم تُشفَ الحالة، عندئذٍ لا بد من استئصال الورم جراحياً.

سرطان المعي الغليظ (Cancer of the large intestine)

يظهر سرطان المعي الغليظ (القولون والمستقيم)، غالباً، في الجزء السفلي منه أو قرب المستقيم (Rectum). وبسبب تكاثر الخلايا السرطانية فإن البطانة المعوية الملساء تتخشن وتثخن وتقسو، ثم تتحول إلى منطقة متقرحة تنزف بسهولة، أو تسبب تضيُّقاً يحجب وراءه الغائط. فإذا لم يعالج المرض بسرعة فإنه يتقدم وينتشر على امتداد الجدار المعوي، وعبره إلى الأعضاء البطنية المجاورة، كما يمكن أيضاً أن يعبر الدورة الدموية وينتقل إلى أجزاء أخرى بعيدة من الجسم.

ما زال سبب هذا المرض مجهولاً، لكن المعدل الأعلى لحدوثه في البلدان التي يشيع فيها طعام منقى تنقية عالية وذو خشونة قليلة، يوحي بأهمية هذا النمط من الطعام كعامل مسبب للمرض.

الأعراض: هناك عدة أعراض ممكنة الحدوث، ويعتمد ذلك على موقع السرطان ومدى تطوره، وأهم تلك الأعراض هو تغير نمط التغوط واستمرار ذلك لعدة أيام [7 ـ 10 أيام]، كحدوث إسهال أو إمساك معندين شاذين وغير مفسرين (راجع ص 600)، أو حدوث تغوطات دموية (راجع البواسير ص 611)، أو عسر هضم مبهم (راجع ص 583) وآلام في الجزء السفلي من البطن. وربما يكون العرض الرئيسي هو ببساطة وجود كتلة في مكان ما أسفل البطن قد يشعر بها الطبيب من الخارج بالجس اليدوي. في بعض الحالات لا يُلاحظ أية أعراض حتى ينمو السرطان ويسد الأمعاء (راجع ص 595) أو يحدث تمزقاً فيها، مما يؤدي إلى التهاب الصفاق (راجع ص 594).

المضاعفات: يأتي انتشار سرطان المعي الغليظ في المرتبة الثالثة بعد سرطان الرئة وسرطان الثدي، ويصيب عادة كلا الجنسين بالتساوي بعد تجاوز الأربعين من العمر بشكل عام، ولا سيما بعد تجاوز الستين أو السبعين، كما أن حوالي واحد من كل عشرين شخصاً لديهم التهاب قولون تقرحي (راجع ص 608) يتطور عنده هذا المرض إلى سرطان القولون، ونظراً إلى أن سرطانات المعي الغليظ تتطور ببطء فإن هناك فرصة جيدة للشفاء التام إذا شُخِّص وعولج المرض باكراً. أما إذا انتقل الورم السرطاني إلى مكان أو عضو آخر من الجسم فإن الإنذار يصبح سيئاً جداً.

العلاج: إذا شك الطبيب بوجود ورم خبيث أو سليم في المعي الغليظ، فلا بد من إجراءات تشخيصية كثيرة ومعقدة، فإذا ثبت له وجود ورم سرطاني في القولون فإن القرار، عادةً، يكون بإجراء جراحة سريعة يستأصل فيها الورم كاملاً مع قطعة إضافية من القولون

السليم مجاورة للورم، أما إذ كان السرطان في المستقيم فلا بد من استئصال الورم كلياً مع تغيير مكان الشرج (فتح شرج صناعي)، هذا إذا كان السرطان لا يزال محدود الانتشار ولم ينتقل إلى مكان آخر من الجسم. أما إذا تم اكتشاف الورم في مرحلة متأخرة بعد انتشاره وانتقاله، فإن الطبيب سوف ينظر في إمكانية العلاج المتاحة رغم أن الإنذار في مثل هذه الحالة يكون عادة سيئاً جداً.

بشكل عام، فإن معظم الأشخاص الذين تُجرى لهم عملية جراحية لاستئصال ورم سرطاني في القولون يعيشون سنوات أخرى عديدة، فإذا مضت خمس سنوات على إجراء العملية دون ظهور أية أعراض جديدة تدل على معاودة المرض يكون المصاب قد شفي تماماً.

فغر اللفائفي والقولون

يضطر أحياناً الطبيب الجراح إلى الاستغناء عن الشرج الطبيعي (لأسباب مرضية قاهرة) وتصنيع شرج آخر وذلك بإحداث فتحة في جدار البطن تسمح بمرور الغائط إلى خارج الجسم، حيث يتم تجميعه في كيس خاص. تسمى هذه العملية، فغر اللفائفي عندما يتم فتح الشرج عند المعي الدقيق، وفغر القولون عندما يتم فتح الشرج عند القولون.

تجرى هذه العملية بوصل الجزء السليم الباقي من جهاز الهضم مباشرة مع فتحة في جدار البطن تسمح بمرور الغائط إلى الخارج، حيث يوضع كيس خاص يقوم الشخص بتبديله (أو تنظيفه) بنفسه كلما دعت الحاجة إلى ذلك. وعليه أن يتعايش مع هذا الوضع.

- 9 -

الشرج (Anus)

الشرج قناة طولها حوالي (4) سم، تصل بين المستقيم والوسط الخارجي، وهي تسير نحو الأسفل عبر حلقة من العضلات، تدعى المَصَرَّة الشرجية (Anal sphincter)، إلى الفوهة الشرجية، التي، من خلالها، يتم طرح الغائط. إذا كان الطفل سليم الجسم، فإنه بعدما يتجاوز مرحلة الطفولة الأولى، يستطيع أن يسيطر بشكل طبيعي على مَصَرَّة شرجه بحيث يتحكم بفتحها وإغلاقها حسب حاجته. هذا القسم من السبيل الهضمي بسيط نسبياً في تركيبه ووظيفته، واضطرابه الوحيد الشائع هو البواسير (Hemorrhoids) .

البواسير (Hemorrhoids)

إن السبب الوحيد لإصابة كثير من الناس بالبواسير هو الغذاء المنقى عديم الألياف، لأن الأغذية عديمة الألياف تنتج غائطاً قليلاً وقاسياً يؤذي جدران المَصَرَّة عندما يمر خلالها. وبسبب عدم مرور الغائط بسهولة، فإن ذلك يُحَمِّل المَصَرَّة، عند كل عملية تغوط، إجهاداً يكفي لإصابة الشرج بالضرر.

كما أن هناك سبباً آخر لانتشار البواسير، هو الإمساك، حيث يضطر المصاب لبذل جهد كبير حتى يتمكن من التغوط، مما يجهد عضلات المَصَرَّة، وهذا الأمر نفسه يحدث عند الناس القلقين دون مبرر حول عمل أمعائهم وحول تغوطهم فيجبرون أنفسهم على التغوط ضاغطين كثيراً على عضلات المَصَرَّة مما يجهدها ويحدث ضرراً فيها.

البواسير هي أوردة الشرج المتوسعة (وهي تشبه دوالي الساقين لكنها تقع في الشرج). توجد الأوردة المصابة مباشرة تحت الغشاء المخاطي الذي يبطن الجزء الأسفل من المستقيم والشرج، وتصبح متوذمة بسبب الضغط المتزايد باستمرار في داخلها، ويحدث ذلك عادةً نتيجة الإجهاد المستمر أثناء التغوط.

تظهر البواسير غالباً أثناء الحمل وبعد المخاض مباشرة (راجع الدوالي أثناء الحمل ص 832)، وتصيب كثيراً من الأشخاص البدينين (ص 627). يعتبر الإمساك (Constipation) الدائم أحد العوامل المساعدة على حدوثها. عند الإصابة بالبواسير تصبح الأوردة المنتفخة والمتعرجة في الشرج رقيقة الجدران وعرضة للتمزق بسهولة أثناء مرور الغائط. ويُمَيَّز بين الباسور الباطني، الذي يقع قرب بداية القناة الشرجية، والباسور الخارجي، الذي يتدلى للخارج عند فوهة الشرج.

تتدلى البواسير الخارجية أحياناً، أو تبرز خارج فوهة الشرج أثناء التغوط، ثم تتراجع إلى مكانها بعد الانتهاء من التغوط، مع العلم أنه يحصل أحياناً تجلط في الباسور مما يسبب ألماً مزعجاً.



يتشكل الباسور الباطني داخل الجزء السفلي للمستقيم وقد لا يكون مرئياً من الخارج. يتشكل الباسور الخارجي عند أو في داخل فوهة الشرج وقد يصبح مرئياً إذا هبط من خلال فوهة الشرج.

الأعراض: النزف من البواسير هو العَرَض الرئيسي والوحيد لدى العديد من الأشخاص المصابين، وإضافة لذلك فقد تصبح التغوطات مزعجة باضطراد بل ومؤلمة، وغالباً ما تنتج البواسير المتدلية نجيجاً مخاطياً، وتحدث حكة حول فوهة الشرج، وإذا حدث تجلط فيها فإنه يترافق مع ألم شديد.

المضاعفات: البواسير مرض شائع جداً، وتنزف بشكل طارئ عند معظم المصابين، ورغم أنها تكون مزعجة جداً أحياناً إلا أنها ليست مرضاً خطيراً، إنما تكمن خطورتها فقط في أن النزف الذي يظن بأنه ناجم عن البواسير ربما يكون، فعلياً، ناجماً عن وجود سرطان بالمستقيم أو بالقولون (راجع سرطان المعي الغليظ 610)، لاسيما بعد الأربعين من العمر، وهذا ما يعلل وجوب مراجعة الطبيب دوماً عند ظهور أول بادرة للنزف الشرجي.

العلاج: إذا أصيب شخص ما بنزف شرجي عليه مراجعة الطبيب فوراً وهو سيجري الفحوصات اللازمة بغية استبعاد وجود سرطان.

العلاج الذاتي: يجب مكافحة الإمساك والمحافظة على حالة يخرج فيها الغائط بليونة ويسر، ويمكن تحقيق ذلك بتناول الكثير من الفواكه الطازجة والخضار والحبوب المطحونة كاملة (غير مقشورة)، أو الحبوب الخشنة والخبز الخشن، وشرب كمية كافية من الماء، وبعد كل تغوط يغسل الشرج بالماء غسلاً جيداً (بهدوء ورفق) ثم تنشف المنطقة بعناية، علماً أن الاعتناء بالنظافة وتناول الغذاء المناسب يساعدان كثيراً في السيطرة على البواسير، بل وربما يشفيان الحالات الخفيفة. وفي حالة الهجمة المؤلمة يجب الاستراحة في الفراش طوال اليوم. قد يزيل ضماد ثلجي شرجي انتباج الباسور المكشوف بما يكفي لعودته إلى مكانه، كما أن التغطيسة الدافئة قد تساعد أيضاً. فإذا استمر الألم لأكثر من (12) ساعة يراجع الطبيب.

العلاج الاختصاصي: إذا سبب الباسور المتجلط ألماً شديداً، فربما يقوم الطبيب باستئصال الجلطة تحت التبنيج الموضعي. أما الباسور المتدلي الدائم فقد يتوجب السيطرة عليه يدوياً وإعادته إلى داخل المستقيم من خلال مَصَرَّة الشرج.

يعالج الطبيب، عادة، البواسير المزمنة بوصف المراهم المسكنة الملطفة أو التحاميل الحاوية على أدوية ستيروئيدية، كما تحوي بعض التحاميل على مخدر موضعي لتخدير الناحية والسماح بمرور الغائط دونما إزعاج، وتشمل التدابير الإضافية إعطاء مستحضر لتليين الغائط عند اللزوم.

الحكة الشرجية (Anal itching)

الحكة حول الشرج شائعة عند الأطفال وكبار السن، ويعود سببها عند الأطفال لاصابتهم بالديدان الدبوسية (الحرقص) (Pin worms) (ص 937) خاصة إذا اشتدت الحكة في الليل. أما عند البالغين فسبب الحكة غالباً هو إصابتهم بالبواسير (البحث السابق)، ولكن عادة لا يكون هناك سبب واضح. تميل الحكة للانتشار بشكل أكبر مع تقدم العمر نتيجة لجفاف الجلد وقلة طراوته.

يمكن تخفيف حكة الشرج عادة بالاهتمام بصحته العامة، إذ يجب تنظيف الجلد حول الشرج بالماء بشكل جيد بعد كل عملية تغوط وتنشيفها تماماً بمنديل مناسب (ورق خاص)، ويجب أثناء حدوث الحكة عدم استعمال الصابون لأنه يهيجها ويزيد من جفاف الجلد، مع العلم أن إجراء دوش فاتر للمنطقة (من دون صابون)، قبل النوم، يخفف الحكة التي تحدث أثناء الليل، وطبعاً لا بد من التنشيف جيداً بعد الدوش.

الناسور الشرجي (Anal fistula)

إن تآكل النسيج بسبب خراج منتشر داخل الشرج يسبب حالة نادرة تعرف بالناسور الشرجي. الناسور ذاته هو قناة صغيرة جداً تجري مباشرة من قناة الشرج إلى فتحة صغيرة جداً في الجلد قرب الفتحة الشرجية. إن الإفراز المستمر للقيح السائل عبر الفتحة الصغيرة الخارجية يهيج الجلد ويسبب إزعاجاً وحكة.

أحياناً، يكون الخراج المستبطن مؤلماً أيضاً، وهناك احتمال خفيف بأن يشير الناسور الشرجي إلى وجود داء كرون (ص 598)، أو التهاب قولون تقرحي (ص 608)، أو سرطان المعي الغليظ (ص 610)، لذلك يجب استشارة الطبيب لتأكيد التشخيص بشكل دقيق. ويكون العلاج، عادة، بإجراء عملية جراحية بسيطة لاستئصال الناسور وتجفيف الخراج.

الشق الشرجي (Anal fissure)

هو تمزق طولي متقرح في نسج الشرج يمتد صعوداً من المَصَرَّة الشرجية إلى داخل القناة الشرجية. عند التغوط تتهيج تلك القرحة مما يسبب تشنج المَصَرَّة الشرجية وهذا بدوره يسبب ألماً شديداً، وأحياناً يُحدث نزفاً دموياً. والشق الشرجي حالة قليلة المشاهدة، وتصيب النساء في أغلب الأحوال.

تعالج هذه الحالات بتناول مستحضر ملين وتناول الأطعمة الغنية بالألياف، كما يفيد في تخفيف الألم، إجراء مغاطس مقعدية دافئة بعد التغوطات المؤلمة.

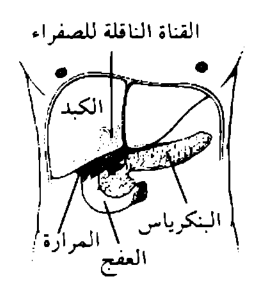
إذا استمر وجود الشق لفترة طويلة، أو انتكس بعد الشفاء، فلا بد من المعالجة الجراحية، حيث يزال الشق وبالتالي تتوقف التشنجات والآلام.

- 10 -

الكبد ـ المرارة ـ البنكرياس (Liver - Gallbladder - Pancreas)

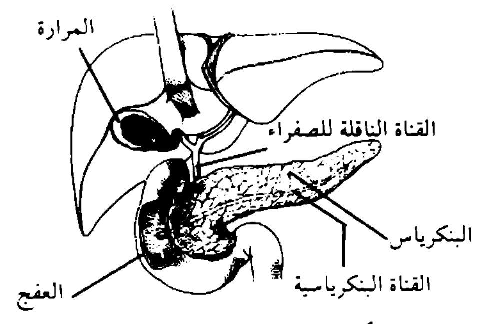
يؤلف الكبد والمرارة والبنكرياس (المُعَثْكَلَة) مع بعضها البعض ومع السبيل الهضمي «جهاز الهضم» (Digestive system) . والكبد (The liver) هو أكبر عضو باطني مفرد، فهو يملأ القسم العلوي من الجهة اليمنى للبطن خلف الأضلاع السفلى، وله دور معقد ومهم جداً في تنظيم تركيب الدم وفي عمليات أخرى في الجسم. إن خلايا الدم الحمراء الهرمة والتي تحوي على البروتين (Protein) الذي يحمل الأكسجين، وهو خضاب الدم (Hemoglobin) ، تتفكك في الكبد، ويتحول الخضاب، الموجود فيها، إلى مادة أخرى هي البيليروبين (Bilirubin) ، في حين يفرز الكبد سائلاً يدعى الصفراء (Bile) يحوي على البيليروبين ومواد أخرى مختلفة، من بينها الكولسترول (Cholesterol) ، تتجمع عبر أنابيب دقيقية جداً في المرارة (الحويصل الصفراوي) (Gallbladder) ، وهي كيس تجميع يعشش بين فصوص الكبد. وعند الأكل تفرغ

المرارة محتوياتها، وهي الصفراء، عبر القناة الصفراوية، إلى العفج (Duodenum) وهو القسم الأول من المعي الدقيق. إن الصفراء هي فضلات يفرزها الكبد وتلعب دوراً مهماً في عملية الهضم، وذلك بالمساعدة في تعديل العصارة المعدية الحامضة وفي هضم الدهون.



منظر الكبد والمعدة من الأمام

أما البنكرياس فتقع خلف القسم الأسفل من المعدة تماماً، ولها وظيفتان متميزتان، إحداهما صنع هرمونات معينة تتضمن الأنسولين (Insulin) (راجع الداء السكري ص 671)، والوظيفة الأخرى صنع الأنزيمات (Enzymes) ، (العصارات الهاضمة Digestive juices) ، التي تتدفق دورياً عبر القناة البنكرياسية إلى العفج حيث تساعد في تفكيك الطعام إلى جزيئات صغيرة بما يكفي لأن يمتصها الجسم.



الكبد محركاً من مكانه لإظهار المرارة والبنكرياس

اليرقان (Jaundice)

يحدث اليرقان عند انحباس الصفراء في الجسم، مما يسبب تلون الجلد وبياض العينين باللون الأصفر، حيث ينجم هذا التلون عن فرط تراكم مادة البيليروبين (Bilirubin) في الدم، والبيليروبين هوَ أحد المنتجات الوسطية الناتجة عن موت كريات الدم الحمراء الهرمة وتحللها، وعادةً، يقوم الكبد بتنقية الدم من تلك المادة ويطرحها في الأقنية الصفراوية التي تنقلها بدورها إلى المرارة (Gallbladder) ، ومن هناك تتدفق أخيراً إلى داخل المعي الدقيق، حيث تفككها بعض الجراثيم المعوية إلى مركبات صباغية أخرى تطرح مع الغائط.

ينجم اليرقان، غالباً، بسبب الأمراض التي تصيب الكبد (Liver) ، بما فيها الأخماج التي تسببها الڤيروسات مثل التهاب الكبد، والتشمع، والارتكاسات الدوائية، وانسداد الأقنية الصفراوية الناجم عن تشكل حصيات صفراوية (ص 622) وأورام البنكرياس (ص 626)، أو ربما ينجم عن الإصابة بمرض فقر الدم الانحلالي، حيث تتحطم في هذا المرض أعداد كبيرة من كريات الدم الحمراء مما يطلق مقداراً كبيراً من البيليروبين إلى المجرى الدموي، وفي هذه الحالة يقوم الكبد بعمله الطبيعي ولكنه يعجز عن إزالة كل البيليروبين بالسرعة الكافية. ومن كل ذلك نستنتج أن اليرقان هو عَرَض لمرض آخر.

العلاج: تعتمد المعالجة على علاج المرض أو الاضطراب الكامن المسبب لليرقان، وحالما يتم علاج ذلك الاضطراب وشفاؤه فإن اليرقان سيختفي فوراً.

التهاب الكبد الحاد (أ) ((Acute hepatitis (A))

التهاب الكبد الحاد (أ) هو خمج شديد، يسببه ڤيروس التهاب الكبد من النوع (أ)، وهو الشكل المسؤول عن وباء اليرقان الخمجي، وينتقل عن طريق التعامل مع الطعام والمياه الملوثين. يوجد الڤيروس المسبب لهذا النوع من التهاب الكبد في دم المصاب وغائطه لمدة أسبوعين أو ثلاثة قبل ظهور الأعراض، وتبقى كذلك لمدة أسبوعين أو ثلاثة بعد ظهور الأعراض وأثناء هذه الفترة يمكن أن يصيب ڤيروس التهاب الكبد (أ) أي إنسان يتعامل مع أي شيء ملوث بدم أو غائط الشخص المصاب.

الأعراض: تتضمن أعراض كل أنواع التهاب الكبد بعض أو جميع ما يلي: يرقان (البحث السابق)، ضعف عام، فقدان الشهية للطعام، غثيان، بول بني اللون (بلون الشاي أو العرقسوس)، حس إنزعاج في البطن، ارتفاع حرارة، غائط أبيض اللون. تختلف درجة الاعتلال والأعراض من حالة إلى أخرى، وعادة تختفي الأعراض تدريجياً بعد أربعة إلى ستة أسابيع.

العلاج: من الضروري إجراء فحص للدم لتشخيص التهاب الكبد (أ)، على أنه ستجرى للمصاب فحوصات دم إضافية على فترات متقطعة لمراقبة سير المرض. يستطيع الطبيب تحصين جميع المحيطين بالمصاب من انتقال المرض إليهم، بسبب ملامستهم له وذلك بحقنهم بمستحضر خاص يحميهم من الإصابة لمدة أسبوعين كاملين، وهو مفيد أيضاً عند السفر إلى مناطق من العالم تشيع فيها نسبياً التهابات الكبد (أ).

العلاج الذاتي: يجب اتخاذ احتياطات معينة لمنع انتشار الخمج إلى الآخرين. ويحذر لمسَ الغائط الملوث، ويجب جعل الغائط ينزل فوراً في المرحاض وغسل اليدين جيداً جداً بشكل دائم. ويستطيع الشخص المصاب أن يشارك أفراد عائلته بالمرحاض والأطباق مع الانتباه والحذر وتطبيق مبادئ الصحة العامة كاملة. أما الملابس والأغطية والملاءات فتتطلب معالجة خاصة فقط عندما تكون ملوثة بشيء مرئي (خاصة الدم والغائط) ويجب غليها وغسلها بمنظف يقتل الأحياء الدقيقة، كما يجب تنظيف المراحيض والأرض الملوثة بمطهر.

العلاج الاختصاصي: لا يوجد علاج دوائي خاص لالتهاب الكبد (أ)، ما عدا الراحة التامة في السرير، ويفضل أن يكون الطعام مغذياً ومتوازناً ومفيداً وسهل الهضم، والامتناع عن شرب الكحول لأنه يجهد الكبد، خاصة أثناء الأسابيع الأولى من الخمج.

إن فرص الشفاء التام من التهاب الكبد (أ) ممتازة، ومن يصاب بهذا المرض يصبح لديه مناعة تجاهه ولن يصاب به مرة أخرى.

التهاب الكبد الحاد (ب) ((Acute hepatitis (B)

التهاب الكبد الحاد (ب) هو خمج في الكبد تسببه ڤيروس التهاب الكبد (ب)، (HBV) . إن دم المصاب بهذا المرض، الطازج منه أو المجفف، يكون معدياً بشكل كبير أثناء الأربعة إلى الستة أسابيع السابقة لظهور الأعراض، وبعد ذلك أيضاً لفترة من الوقت، وذلك بسبب وجود الڤيروس الممرض في الدم أثناء تلك الفترة.

أعراض التهاب الكبد (ب) هي ذاتها أعراض التهاب الكبد (أ) (البحث السابق)، واليرقان هو أوضح هذه الأعراض (ص 615)، ولكنه لا يحدث في كل حالة. وأما الأعراض الأخرى فتتضمن ضعفاً عاماً وفقدان الشهية للطعام، غثياناً، بولاً بني اللون (بلون الشاي أو العرقسوس)، غائطاً أبيض اللون، وحس انزعاج في البطن. أما الاختلاف الوحيد بين الالتهابين فيكمن في شدة وطول فترة الأعراض، علماً أن أعراض التهاب الكبد (ب) أكثر شدة وأطول زمناً.

المضاعفات: تتطور حالة بعض المصابين بالتهاب الكبد (ب) إلى نوع من التهاب الكبد المزمن. ينتقل هذا المرض بين مدمني المخدرات الذين يشتركون في استعمال محقنة واحدة لحقن أنفسهم بالمخدر، وكذلك أثناء عمليات نقل الدم، والاتصال الجنسي. وأما الأسباب الأخرى الممكنة فهي وخز الإبر والوشم، ويمكن أن ينتشر المرض أيضاً بملامسة اللعاب والمخاط الأنفي والمني ودم الدورة الشهرية، كما يمكن أن ينتقل أيضاً أثناء الحمل من المرأة المصابة إلى جنينها.

إن كثرة حدوث سرطان الكبد في المناطق الاستوائية متوافق مع تكرار حدوث الخمج المزمن بڤيروس التهاب الكبد (ب)، بالإضافة إلى وجود عوامل أخرى ضارة بالكبد.

من المحتمل أن يصاب أي شخص بالتهاب الكبد (ب) دون أن تظهر عليه أية أعراض، ومن ثم يقوم هو كشخص ناقل للمرض، بنقله لأشخاص آخرين بالطرق المذكورة أعلاه.

يتم الكشف عن حامل الڤيروس المسبب للمرض، بدون أعراض، أثناء الفحوصات المجراة على متبرعي الدم، وأثناء الفحوصات الطبية الروتينية. وفي بعض الحالات يُكتَشف أن شخصاً ما يكون حاملاً ڤيروس التهاب الكبد (ب) بعد إصابته بهجمة حادة من التهاب الكبد (ب)، بينما يوجد شخص آخر يكون حاملاً للڤيروس وهو بصحة جيدة تماماً، ولا تظهر عليه أية أعراض، ولكن هناك احتمالاً لأن يصاب بالتهاب كبد مزمن (ص 619). يحتاج حامل ڤيروس التهاب الكبد (ب) إلى نصيحة طبية حول كيفية منع انتشار الڤيروس إلى أشخاص آخرين وحول فرص تطور التهاب الكبد المزمن.

العلاج: أصبح اليوم ممكناً أخذ لقاح ضد ڤيروس التهاب الكبد(ب)، وينصح حالياً بالتلقيح لأولئك الأشخاص الذين هم على اتصال مع شخص ما حامل للڤيروس، كأخصائيي

الصحة وخصوصاً الذين يتعاملون مع الدم أو منتجات الدم أو مع مرضى التحال الكلوي (المرضى الذين يجرى لهم غسيل كلوي صناعي)، أو مع اللواطيين، أو مع أولئك الذين يسافرون إلى مناطق موبوءة بهذا المرض. وأخيراً، فإن تلقيح كافة شعوب البلدان الاستوائية هو وسيلة لمنع حدوث التهاب الكبد واحتمال ظهور سرطان الكبد كمضاعفة له، لذلك يجب على جميع هؤلاء وكل المعرضين للإصابة بهذا المرض أن يتحصنوا (بالتلقيح).

إذا تلوّن الجلد أو بياض العينين بالأصفر، أو إذا لوحظت أية أعراض أخرى لالتهاب الكبد، يراجع الطبيب، وهو سيجري فحص دم للتأكد من وجود ڤيروس التهاب الكبد (ب) في دم المريض أم لا، وستجرى فحوصات أخرى للكشف عن وجود بعض الأضداد (لأجسام الضدية Antibodies) أو مولدات الضد (Antigens).

إن الشخص الذي تظهر عليه أعراض التهاب الكبد، لن يستطيع أن يعرف نوع الالتهاب الذي أصابه قبل أسبوع أو أسبوعين لحين ظهور نتائج الفحوصات المخبرية. وبشكل عام، يجب اتخاذ الاحتياطات لئلا ينتشر المرض إلى الآخرين.

في حالة الإصابة الخفيفة، ينصح الطبيب بالراحة التامة وتناول غذاءٍ يحوي على نسبة عالية من الحريرات، أما إذا كانت الحالة أكثر شدة فسيصف العقاقير الستيروئيدية. في بعض الحالات، يسبب المرض دوخة وتخليطاً ذهنياً. وإذا حصل تجفاف، فيجب إعطاء المصاب سوائل عن طريق الوريد للتعويض عما فقده الجسم من سوائله، وربما يُجرى علاج خاص لمنع المضاعفات، كالجلطات الدموية ونقص سكر الدم.

التهاب الكبد لا (أ) ولا (ب) (Non (A) non (B) hepatitis)

لم يكتشف خمج الكبد الڤيروسي هذا إلا عام 1975م، وأول ما اكتُشف كان لدى بعض مرضى في المستشفيات الذين أجري لهم نقل دم وظهر لديهم التهاب كبد، دون وجود ڤيروس التهاب الكبد (أ) أو (ب) في دمهم. هذه الڤيروسة التي صعب تحديدها، تسبب انتشار معظم التهابات الكبد عن طريق نقل الدم، وذلك بسبب عدم إمكانية تحديدها في دم المتبرع، وغالباً ما تؤدي إلى التهاب الكبد المزمن (راجع التهاب الكبد المزمن في البحث التالي وتشمع الكبد بعده). ما تزال الأبحاث تجمع المعلومات حول هذا المرض، ولكن، على ما يبدو، إن التهاب الكبد لا (أ) ولا (ب)، ينتشر عن طريق الممارسة الجنسية وملامسة الدم المصاب. تكون الأعراض، في هذا النوع من الالتهاب، مشابهة لأعراض التهاب الكبد (أ) (البحث قبل السابق) والتهاب الكبد (ب) (البحث السابق)، ولكنها غالباً أخف وطأة ولا تشمل اليرقان. أما العلاج فهو أيضاً شبيه بعلاج الالتهابين المذكورين، ولكن يجب فحص الدم على فترات من أجل مراقبة سلامة الكبد.

التهاب الكبد المزمن (Chronic hepatitis)

إن أي شخص يصاب بهجمة التهاب كبد حاد (راجع الأبحاث السابقة) ربما تتطور حالته إلى التهاب كبد مزمن، ويزداد هذا الاحتمال عند أولئك المصابين بالتهاب الكبد لا (أ) ولا (ب) (البحث السابق)، كما أن التهاب الكبد المزمن يتبع غالباً هجمة التهاب الكبد (ب)، في حين أنه نادراً ما يتبع التهاب الكبد (أ). هناك العديد من الناس الذين يصابون بالتهاب كبد مزمن دون هجمة سابقة واضحة من التهاب الكبد الحاد، فمثلاً، هناك بعض الحالات من التهاب الكبد المزمن التي تترافق مع ردات أو تأثيرات جانبية لعقاقير معينة.

يصنف التهاب الكبد المزمن ضمن نوعين رئيسيين: التهاب الكبد المزمن المستمر (Chronic persistent hepatitis) والتهاب الكبد المزمن النشيط (Chronic active hepatitis) وفي كلا المرضين يستجيب الجسم استجابة مناعية ربما تضر بخلايا الكبد.

في حالة التهاب الكبد المزمن المستمر يكون تقدم المرض بطيئاً، ويبقى المريض عادة بصحة جيدة، وأما التهاب الكبد المزمن النشيط فهو مرض لا يمكن التكهن بنتائجه، فمثلاً، في بعض الحالات، يكون هناك تدمير متقدم ثابت لخلايا الكبد مما يؤدي إلى تشمعه (البحث التالي)، وفي حالات أخرى يستجيب المرض بشكل جيد للعلاج وتختفي أعراضه.

تختلف شدة أعراض التهاب الكبد النشيط المزمن من حالة إلى أخرى، فبعض الناس لا تحصل لهم أعراض لفترات طويلة، ولكن تنتابهم أحياناً أعراض أشكال أخرى لالتهاب الكبد مع يرقان وآلام مفاصل وغثيان وحمى وفقدان شهية للطعام، والبعض الآخر من الناس لا تحصل لهم أعراض أبداً بالرغم من إصابتهم بالتهاب كبد خفيف لعدة سنوات. ويمكن الكشف عن هذا الاضطراب عندهم فقط عن طريق تحاليل الدم.

العلاج: يشك الطبيب بأن مريضه مصاب بشكل من التهاب الكبد المزمن إذا بقيت صحته ضعيفة بعد هجمة حادة من اليرقان، وربما يتم الكشف أيضاً عن الحالة أثناء فحوصات مخبرية لأعراض غامضة، كفقدان الحيوية وقلة الشهية للطعام. وحالما يتم التشخيص ينصح الطبيب بأخذ خزعة من الكبد لفحصها مجهرياً ليتم تحديد طبيعة وشدة الالتهاب، واعتماداً على نتائج الخزعة يطبق العلاج المناسب.

معظم مرضى التهاب الكبد المزمن النشيط يشفون خلال سنة إلى ثلاث سنوات، والذين لا يشفون يصابون بتشمع الكبد (البحث التالي).

تشمع الكبد (Cirrhosis of the liver)

تشمع الكبد هو مرض مزمن يحدث نتيجة لتردي الكبد البطيء. في هذا المرض يؤدي الضرر الذي لحق بالكبد لسبب ما إلى تغيير تركيبه تدريجياً فيصبح أقل قدرة على تنفيذ وظائفه التي تتضمن تنظيم محتويات الدم.

أكثر أسباب تشمع الكبد شيوعاً هو الإدمان على شرب الكحول (ص 349)، وهناك أسباب أخرى محتملة، منها سوء التغذية والتهاب الكبد (البحوث السابقة)، والإصابة بالطفيليات والتسمم الكيميائي وقصور القلب الاحتقاني (ص 460).

الأعراض: في المراحل الأولى الباكرة جداً لهذا المرض، عندما يكون الكبد لا يزال يحتوي على خلايا سليمة كثيرة، تكون الأعراض خفيفة. ومع تقدم المرض يزداد ظهور الأعراض وهي: فقدان الشهية للطعام، فقدان الوزن، غثيان، إقياء، ضعف وفتور بشكل عام، سوء هضم وتمدد في البطن، ويتعرض المصاب إلى نزف متكرر من الأنف، وتظهر الكدمات على جسمه بسهولة، وربما تظهر أيضاً علامات حمراء عنكبوتية تدعى وحمات عنكبوتية (Spider nevi) على وجهه وذراعيه وجذعه العلوي. وفي المراحل الأخرى يحدث اليرقان (ص 615)، ويفقد الرجال اهتمامهم الجنسي وتتضخم أثداؤهم ويصابون بالعنانة، وأما النساء فيتوقف الحيض لديهن (ص 770)، وأخيراً يحصل قصور الكبد. وفي هذه الحالة تكون الأعراض الرئيسية عبارة عن احتباس السوائل في البطن والكاحلين وهيوجية وعدم القدرة على التركيز، كما تتشوش الذاكرة وترتجف اليدان بشكل واضح، ويحدث تخليط ذهني ونعاس تزداد شدتهما كلما ازدادت الحالة سوءاً، وربما يحدث نزيف يهدد الحياة من الأوردة المتضخمة في المريء.

المضاعفات: إن حدث تشمع الكبد نتيجة لالتهاب الكبد المزمن النشيط (البحث السابق) تضعف فرصة الشفاء. وبالمقابل، فإن المدمن على الخمر، الذي تظهر لديه إشارات تدل على تشمع الكبد الباكر، تكون له فرص جيدة للشفاء شرط أن يتوقف عن شرب الخمر ويتبع النصائح الطبية. ولكن إذا لم يأكل مدمن الخمر جيداً وبشكل صحيح، وكان مصاباً بنقص التغذية واستمر في الشرب فتضعف فرص الشفاء لديه.

يتقدم المرض على مستويات مختلفة اعتماداً على الحالة الخاصة، فإذا اكتُشف المرض في مراحله الباكرة فبالإمكان إبطاء تقدمه باتباع العلاج بحذر. يزيد تشمع الكبد من احتمال حدوث نزف شديد في المجرى الهضمي، فإذا حدث ذلك فإنه من الصعوبة السيطرة عليه وربما سبب نزفاً مميتاً. وفي حالات نادرة جداً ينمو ورم في الكبد المتشمع.

العلاج: عادة يكون الفحص الجسمي (السريري) كافياً للتشخيص، ولكن يفضل إجراء فحوصات للدم ولخزعة من الكبد لتحديد مدى تضرره.

العلاج الذاتي: مهما كان السبب المستبطن للتشمع يجب الامتناع فوراً، وبشكل نهائي، عن شرب الكحول، أما إذا استمر المصاب في الشرب فيزداد المرض سوءاً بالتأكيد، ويبقى الكبد حساساً للكحول بشكل خاص، بحيث أن شرب كمية منه، قد تكون كافية لقتل المصاب في حين أنها لا تؤثر على شخص آخر سليم الجسم.

وينصح بعدم تناول أي دواء أبداً دون استشارة الطبيب، وجعل الطعام يحوي على الكثير من البروتين والسكريات والڤيتامينات وعلى القليل من الدهون والملح.

العلاج الاختصاصي: يصف الطبيب عقاقير مضادة لأعراض التشمع، كمدرات البول التي تخفف من السوائل في الجسم، وربما تريح مضادات الحموضة إزعاجات البطن. وللوقاية من سوء التغذية ربما يعطى المصاب ڤيتامينات ومتممات غذائية، ويصف العقاقير الستيروئيدية أو أي كابت مناعي (Immunosuppressive) آخر وذلك حسب حالة التشمع. إذا تقيأ المصاب دماً (ص 593) يجب استدعاء المساعدة الطبية الطارئة (إسعاف) فوراً، فربما كان بحاجة لنقل دم أو جراحة.

يستطيع مدمن الخمر الذي أصيب بالتشمع، ثم أقلع عن الشرب بشكل تام، ويتناول وجبات غذائية سليمة، أن يعود إلى حياته الطبيعية ويمكن أن يتجاوز الأزمة بسلام. أما المدمن الذي لا يقلع أو لا يستطيع أن يقلع عن شرب الكحول فسينتهي أمره أخيراً إلى قصور كبدي.

إن المعالجة بواسطة التقطير الوريدي الذي يحوي على الغذيات والعقاقير قد يحدث بعض التحسن، ولكن عودة أعراض قصور الكبد بشكل متكرر تجعل هذا العلاج أقل فعالية.

أورام الكبد (Tumors of the liver)

كأية أورام في أي جزء من الجسم، ربما تكون أورام الكبد سليمة لا تنتشر ولا تهدد الحياة، أو خبيثة تنتشر وتهدد الحياة، علماً أن الأورام السليمة نادرة جداً في الكبد وإذا اكتشفت فإنها، عادةً، تستأصل جراحياً، أما الأورام الخبيثة فهي نوعان:

النوع الأول: وهو المشاهد غالباً، فهو عبارة عن نقائل (Metastases) أو سرطانات انتقلت من أورام أخرى في مكان آخر من الجسم عبر مجرى الدم إلى الكبد وشكلت سرطاناً فيه، حيث ينتقل حوالي ثلث جميع السرطانات النامية في أنحاء الجسم إلى الكبد بهذه الطريقة، وفي بعض الحالات تكون أعراض سرطان الكبد الثانوي هذا هي التي تلفت الانتباه للسرطان الأولي الموجود في مكان آخر.

النوع الثاني هو الذي ينمو في الكبد (سرطان الكبد البدئي) وهو، نادر جداً.

الأعراض: ربما تكون أعراض سرطان الكبد الثانوي (الناتجة عن نقيلة) هي فقط أعراض السرطان الأولي الذي أصدر النقيلة، وهي في الغالب سرطانات الثدي أو الرئة أو المجرى المعدي المعوي. بعدأن يظهر سرطان الكبد الثانوي فإنه يسبب نقص الوزن، فقدان الشهية، عسر هضم، إزعاجاً في البطن وصحة عامة متدهورة، وربما يظهر اليرقان (ص 615) في المراحل المتأخرة.

العلاج: يضعف الأمل في شفاء أورام الجسم العامة إذا انتقلت إلى الكبد، ولا يخفف العلاج الإشعاعي أو الكيميائي من شدة المرض، كما لا يمكن إجراء استئصال جراحي له.

حصيات المرارة (الحصيات الصفراوية) (Gallstones)

المرارة (Gallbladder) هي مستودع تتجمع فيه الصفراء (Bile)، التي هي عبارة عن الفضلات التي يفرزها الكبد وتتجمع في المرارة، ومن هناك يتم تفريغها في العفج حيث تعدل من حموضة المعدة إلى درجة ما، وتساعد على هضم الدهون. ضمن هذه المرارة (الحويصل الصفراوي) تتشكل أحيانا حصيات مختلفة التركيب.

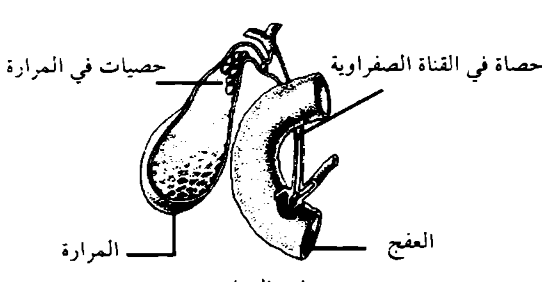
الصفراء غنية بالمواد الدهنية، وخاصة الكولسترول (Cholesterol) ، الذي يستخلصه الكبد من الدم، كما تحوي أيضا على البيليروبين (Bilirubin) ، وهي مادة تتشكل نتيجة تفكك خضاب الدم (Hemoglobin) (راجع أقسام الدم الرئيسية ص 513) الموجود في خلايا الدم الحمراء الهرمة، فإذا اختل توازن هذه المواد، لسبب ما، تتشكل في المرارة الرئيسية جزيئات صلبة صغيرة جدا، ثم تكبر شيئاً فشيئاً كلما تشكلت مواد صلبة أخرى حولها والتصقت بها، مما يؤدي لتشكل حصاة المرارة، وهذه الحصاة قد تكون وحيدة عند بعض الأشخاص، أو يكون هناك عدة حصيات عند بعضهم الآخر.

الأعراض: إن حوالي (35 ـ 50%) من المصابين بحصيات المرارة لا يشكون من أية أعراض، ولكن، في بعض الأحيان، ربما تسير الحصاة من الكبد وتعلق في القناة الصفراوية (Bile duct) مما يؤدي إلى مغص (آلام تشنجية) مراري كبدي، وألم شديد، إما في الجهة اليمنى العليا من البطن، أو أحياناً بين لوحي الكتفين، ويزداد الألم خلال بضع ساعات حتى يصل الذروة ثم يذوي (يزول)، مما يجعل المصاب يشعر بالضعف والوهن وربما يتقيأ عدة مرات.

المغص المراري هو نتيجة محاولة المرارة الفاشلة لتفريغ الصفراء إلى العفج، فإذا رجعت الحصية إلى المرارة، أو إذا دفعت على طول القناة الصفراوية وانتقلت إلى العفج، فإن الانسداد ينفتح وتزول المشكلة ويتوقف الألم.

المضاعفات: إذا علقت الحصاة في القناة الصفراوية لفترة من الزمن وسدتها، فإنها تسبب حدوث يرقان انسدادي (راجع يرقان ما بعد الولادة ص 865) ناتج عن عدم تفريغ الصفراء وانحباسها في الجسم. وفي هذه الحال ربما تصاب المرارة بالأخماج أو بالالتهاب. ومن ناحية أخرى فإن وجود حصاة في المرارة يعرض للإصابة بالتهاب البنكرياس الحاد، وذلك لأن القناة البنكرياسية مفتوحة على القناة الصفراوية.

العلاج: في حالة حدوث ألم حاد شبيه بالمغص المراري، يراجع الطبيب.



حصيات المرارة

ربما تبقى الحصيات في المرارة أو ربما تعبر القناة الصفراوية إلى العفج، وفي كلا الحالتين فإن هذا لا يؤدي إلى أية أعراض، ولكن المشاكل تبدأ إذا انحبست الحصيات في القناة الصفراوية أو سدتها.

العلاج الذاتي: يجب تجنب الإفراط في الأكل، وتجنب أي طعام يمكن أن يسبب الألم أو عسر الهضم. وإذا حدث مغص مراري (Biliary colic) على المصاب الاستراحة في السرير، وتناول مسكنات للألم، وعدم تناول الطعام بل رشف الماء من حين لآخر، فإذا استمر الألم لأكثر من ثلاث ساعات يراجع الطبيب.

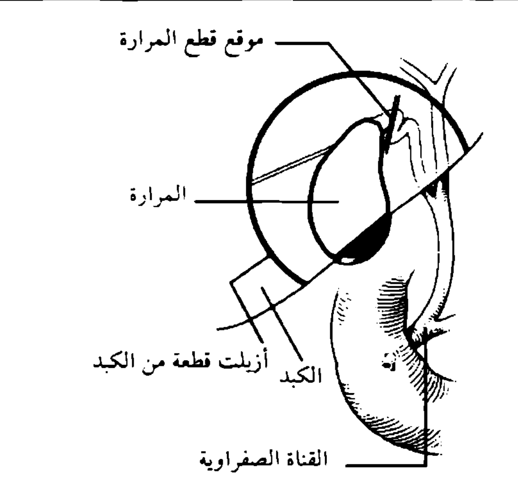
العلاج الاختصاصي: لتخفيف المغص مبدئياً، يصف الطبيب مسكناً للألم. ولكن إذا أظهرت الفحوصات وجود حصى في المرارة فربما ينصح بإجراء جراحة لاستئصال المرارة والحصى معها (البحث التالي). يمكن أن تعالج أنواع معينة من حصيات المرارة بعلاج طويل الأمد بواسطة عقاقير خاصة، ولكن مساوئ هذا العلاج أن الحصاة قد تتشكل من جديد بعد توقف استعمال العقار.

يكتشف العديد من الناس أنهم مصابون بحصاة المرارة أثناء الفحوصات الروتينية المتعلقة بشكوى أخرى، وهذه الحصى «الصامتة»، كما تدعى، لا تحدث أية أعراض، ويمكن إجراء جراحة لإزالتها إذا كانت كبيرة الحجم أو إذا كان هناك ما يستدعي ذلك.

عملية استئصال المرارة

ربما تسبب اضطرابات المرارة، ومنها الحصيات، مشاكل خطيرة أو مزعجة بحيث يصبح استئصال المرارة أمراً ضرورياً، مع أنها تؤثر تأثيراً بسيطاً على عمل جهاز الهضم.

أثناء العملية: بعد التبنيج العام، تقطع المرارة وتستأصل عبر شق يجرى في القسم العلوي الأيمن من البطن. تستغرق العملية حوالي نصف ساعة، يستقصي خلالها الجراح القناة الصفراوية ويستأصل أية حصيات موجودة فيها.



إن استئصال المرارة لا يوقف إنتاج أو جريان الصفراء، بل يستمر إنتاجها وتسير مباشرة من الكبد إلى العفج دون أن يكون لها حويصل تتجمع فيه (المرارة).

بعد العملية: تُوضع أنابيب تسحب السائل الفائض من موقع الشق، وربما يوضع أنبوب آخر لسحب الصفراء من القناة الصفراوية، ويبقى هذا الأنبوب في موقعه لمدة عشرة أيام. يتم التغذي بعد العملية عن طريق التقطير الوريدي لبضعة أيام، ثم بعد ذلك يمكن تناول الطعام والشراب، وخلال أسبوعين يصبح المصاب قادراً على الحركة براحة تامة.

النقاهة: إن فترة الشفاء الكامل بشكل طبيعي هي حوالي شهرين تقريباً، أثناء هذا الوقت يمكن استئناف عادات الأكل والشرب بشكل تدريجي ما لم ينصح الطبيب بعكس ذلك.

علماً أنه أصبحت عملية استئصال المرارة تجرى بواسطة المنظار ودون اللجوء إلى إجراء شق كبير في جدار البطن.

التهاب المرارة (Cholecystitis)

تلتهب المرارة وتتورم بسبب وجود حصيات فيها (البحث السابق) تسد مجرى الصفراء القادم من المرارة إلى العفج، أو بسبب وجود خمج في المعي ينتشر نحو الأعلى.

يسبق أعراض التهاب المرارة ألم حاد في القسم العلوي من البطن يتركز عادة في الجهة اليمنى منه، وهذا يدعى المغص المراري (راجع حصى المرارة، في البحث السابق) ثم ترتفع درجة حرارة المصاب ويتبعها غثيان وإقياء. فإذا لم تعالج الحالة، ربما تطورت إلى يرقان (ص 615). إذا تورمت المرارة كثيراً، كما يحدث في بعض الحالات النادرة، وانفجرت فسيحدث التهاب صفاق حاد (ص 594).

إذا أصيب شخص بالتهاب المرارة فربما يتم إدخاله إلى المستشفى ويعطى تقطيراً وريدياً لتزويده بالغذيات والسوائل اللازمة وربما لا يسمح له بالأكل أو الشرب لبضعة أيام، أو ربما يعطى مسكناً للألم ومضادات حيوية لمقاومة الخمج، وحالما يزول الالتهاب، تجرى له فحوصات للكشف عن الحصيات الموجودة في مرارته، وسينصح الطبيب باستئصالها بعد هدوء الحالة. أما إذا كان الالتهاب شديداً فقد يجري عملية استئصال فورية، رغم أن بعض الجراحين يفضلون الانتظار إلى أن يزول الالتهاب.

التهاب البنكرياس الحاد (Acute pancreatitis)

لأسباب غير معروفة، وفي حالات نادرة، تلتهب غدة البنكرياس (Pancreas) بشكل مفاجئ. يقدر أن نصف الأشخاص تقريباً، المصابين بهذه المشكلة، لديهم حصاة في المرارة، ومن الأسباب الأخرى المساعدة على حدوث التهاب البنكرياس الحاد شرب الكحول بإفراط، والأسباب الأقل شيوعاً لها هي تناول بعض العقاقير، وجود قرحة مثقوبة (ص 590)، وفرط إفراز الغدد مجاورات الدرق (ص 686)، أو حدوث أذية في البطن، ويندر جداً أن تكون من مضاعفات الإصابة بالنكاف (ص 932).

الأعراض: إن أهم الأعراض هي حدوث ألم شديد في القسم الأوسط من البطن، يبدأ، غالباً، بشكل مفاجئ بعد مرور (12 ـ 24) ساعة من تناول وجبة ثقيلة أو شرب الكحول بإفراط. يمتد الألم إلى الظهر والصدر ويستغرق عدة ساعات ليصل إلى ذروته، ويرافقه إقياء في الحالات الشديدة، مع وهن شديد وارتفاع حرارة، وتظهر علامات كدمات على البطن وربما يحدث أيضاً أعراض صدمة (ص 467). وفي مثل هذه الحالة يجب نقل المصاب إلى المستشفى فوراً.

المضاعفات: أهم خطر لالتهاب البنكرياس الحاد هو حدوث الصدمة (ص 467) التي ربما تسبب الموت، وقد يتحول الالتهاب إلى حالة مزمنة، ولكن معظم المصابين بهذا المرض يشفون بشكل تام عادة، خاصة إذا تم تطبيق العلاج سريعاً.

العلاج: يُدخل المصاب بالتهاب بنكرياس حاد، إلى المستشفى على الفور، وستكون أول مهمة هي التأكد من التشخيص، وذلك بأخذ صورة أشعة، وعينات من الدم للتعرف على معدل أنزيمات البنكرياس وغيرها من المواد الكيميائية فيه.

ويعطى مسكنات الألم وحقناً لتخفيف بعض عصارات البنكرياس، وتعالج الصدمة بإعطاء سوائل داخل الوريد، وربما لزم الأمر تناول مضادات حيوية. وبعد أن تشفى الحالة، يمكن العودة لتناول الطعام والشراب، ولكن يجب الامتناع نهائياً عن شرب الكحول بشكل خاص، إذا كان هو سبب الهجمة. وبعد بضعة أسابيع، تجرى فحوصات للكشف عن وجود حصيات في المرارة، فإذا وجدت، يجب استئصال المرارة جراحياً.

التهاب البنكرياس المزمن (Chronic pancreatitis)

التهاب البنكرياس المزمن هو اضطراب نادر يظهر على مدى عدة سنوات، ويحدث أحياناً بعد هجمات معاودة من التهاب البنكرياس الحاد، أو الإفراط في شرب الكحول (ص 349). في مثل هذه الحالات، لا يحدث شفاء تام بين الهجمتين، وتدريجياً يصبح البنكرياس المتضرر أقل قدرة على إفراز الهرمونات والأنزيمات.

الأعراض: الألم هو أهم عرض لهذه الحالة، مع أنه في حالة واحدة من كل عشرة حالات لا يحصل فيها ألم أبداً. يكون الألم واخزاً وبشكل مَغص مبهم يهيجه تناول الطعام أو شرب الكحول، ويخففه الجلوس مستقيماً والانحناء نحو الأمام. وكلما تقدم المرض طال زمن الألم وأصبح أكثر تكراراً. بعض الناس يشكون من عسر هضم بين الهجمتين. هناك أعراض أخرى لا تحدث في كل الحالات، وهي حدوث يرقان خفيف (ص 615)، وفقدان الوزن، بالإضافة إلى ذلك، ربما أصبح البنكرياس غير قادر على صنع هرمون الأنسولين (Insulin) فيصاب المرء بالداء السكري (ص 671).

إذا أصابتك هذه الأعراض فيجب أن تستشير طبيبك، ولا تهمل أبداً هجمات ألم البطن، فإذا شك طبيبك باضطراب في بنكرياسك، فإنه سيجري لك عدداً من الفحوصات للكشف عن المشكلة بدقة. تتضمن هذه الفحوصات، فحوص الدم، بما في ذلك عيار نسبة الغلوكوز فيه للتحري عن داء السكري (ص 671)، وإجراء تصوير بأشعة (X) ، وتنظيراً داخلياً، وربما مسح بالنظائر المشعة أو مسح (C.A.T.) للبنكرياس (راجع التعاريف ص 9).

العــلاج:

العلاج الذاتي: بعد أن يتم تشخيص الحالة، يجب الامتناع نهائياً عن شرب الكحول والالتزام بشكل صارم بالحمية التي ينصح بها الطبيب.

العلاج الاختصاصي: ربما يصف الطبيب أحد العقاقير المسكنة للألم إذا كان الألم شديداً، وربما يحتاج المصاب، لتناول دواء يحوي على أنزيمات هاضمة، مع كل وجبة

طعام، لأن بنكرياسه لم يعد يفرز هذه الأنزيمات. وإذا أقلع المصاب عن شرب الكحول نهائياً والتزم بالحمية بشكل صارم وتناول دواءً يحوي الأنزيمات المذكورة فإن فرص شفائه أو تحسنه (على الأقل) ستكون جيدة.

في بعض الحالات، يكون ألم البطن شديداً لدرجة لا تحتمل، وفي مثل هذه الحالة يُنصح بإجراء عملية جراحية يستأصل فيها إما نسج البنكرياس المتضررة، أو الأعصاب التي تنقل شعور الألم.

سرطان البنكرياس (Cancer of the pancreas)

يسبب سرطان البنكرياس عدداً من الأعراض أهمها فقدان الشهية ونقص الوزن والغثيان والإقياء والألم في البطن الذي يكون عادة في القسم الأعلى من البطن وينتشر إلى الظهر.

فإذا أصابتك الأعراض المذكورة أعلاه، استشر طبيبك في الحال، فإذا شك بوجود السرطان فإنه سيجري لك فحوصات دم وصور أشعة وفحصاً بعد شرب الباريوم وصورة أشعة للمرارة، وفحوصات اختصاصية مختلفة خاصة بغدة البنكرياس (راجع التعاريف ص 9).

فإذا اكتُشف السرطان في مراحله الأولى، فإن الاستئصال الجراحي للنسج الخبيثة مع استعمال عقاقير مضادة للسرطان ومعالجة بالأشعة ربما يشفي المرض، أما إذا اكتشف في المراحل الأخيرة فالفرصة في الشفاء تكون ضعيفة.

- 11 -

التغذية والاستقلاب (Nutrition and metabolism)

الاستقلاب (الأيض) هو تعبير عام يعني كل العمليات الكيميائية التي تجري داخل الجسم لتحويل ما نتناوله من طعام وشراب إلى مواد يحتاجها الجسم ويستطيع أن يستعملها ليقوم بوظائفه بشكل كامل. وعلى الرغم من أن الاستقلاب، بمعناه الواسع، هو نفسه في كل أجسامنا ولكنه بمعناه التفصيلي «شخصي تماماً» مختلف كلياً من شخص لآخر. فمثلاً يختلف التوازن الكيميائي في جسمك ومعدل استقلابك عما هو عليه عند الآخرين، وهذه الاختلافات الفردية تحددها، بشكل كبير، الجينات الموروثة.

بشكل عام، هناك نوعان من الاضطرابات الاستقلابية تتعلق بجهاز الهضم. يتضمن أحد هذين النوعين مشاكل يسببها ضعف التغذية، أو أكل أو شرب الأنواع أو الكميات الخاطئة من الطعام. هذا النوع من الاضطراب هو الأكثر شيوعاً، ويمكن تلافيه بتغيير نظام الغذاء كلياً. والنوع الثاني من الاضطراب الاستقلابي هو اضطراب موروث (يتعلق بالعوامل الموروثة عن الوالدين)، وبشكل عام، فإن المصاب بمثل هذاالنوع من الاضطرابات الاستقلابية لن يشفى كلياً، ولكن يمكن السيطرة على أعراضه بتعديل غذائه وبيئته.

هناك علاقة بشكل ما بين هذين النوعين من المشاكل الاستقلابية. فمثلًا معظم الأشخاص المصابين بالسمنة أو بفرط الوزن بإمكانهم أن ينقصوا من وزنهم بالتخفيف من أكلهم، وهناك عوامل أخرى تؤثر على إنقاص الوزن منها قلة الرياضة، والطريقة العشوائية في الأكل، والعوامل النفسية، مع العلم أن هناك حالات فردية نادرة يرث أصحابها عملياً أمراضاً خاصة تجعلهم مصابين بالسمنة.

هناك اضطرابات استقلابية أخرى يسببها نقص الڤيتامينات في الغذاء، حيث تلعب هذه الڤيتامينات دوراً رئيسياً في الاستقلاب السليم، ولذلك هي جزء مهم من التغذية الجيدة، ويعتبر نقصها أيضاً من الاضطرابات الغذائية.

البدانة (Obesity)

هي زيادة الوزن عن الحدود الطبيعية، وطبياً هي زيادة نسبة الدهون في جسم الإنسان، مع العلم أنه في الحالات العادية المألوفة وعند الأشخاص غير البدينين تشكل الدهون حوالي (15%) من وزن الجسم عند الرجال و(25%) من وزن الجسم عند النساء.

تختلف متطلبات الإنسان من الطعام حسب عمره وطوله وبنيته وجنسه وعمله بل هي تختلف أحياناً حتى بين الأشخاص المتشابهين إلى حد بعيد، ولكن بشكل عام يحتاج الإنسان يومياً، وفي الأحوال العادية وظروف الحياة الطبيعية المريحة، إلى طعام يزود جسمه بحوالي (2000 حريرة) للنساء و(2500 حريرة) للرجال. هذا الأمر مرتبط أيضاً بالعمل الذي يؤديه الإنسان، فالرياضيون والعمال اليدويون يحتاجون إلى حوالي (4000 حريرة) أي يحتاجون إلى طعام أكثر، والذين يعملون وهم جالسون، أو يعيشون حياة هادئة يحتاجون إلى حريرات أقل.

المهم، أنه في كل الظروف، يقوم الجسم بخزن الزائد من الحريرات (Calories) على شكل دهن، وهكذا يبدأ ازدياد الوزن، وتبدأ البدانة (راجع جدول الحريرات ص 37).

الأسباب: للبدانة أسباب عديدة منها: وجود حالات مرضية كالاضطرابات الهرمونية، أو وجود أسباب وراثية [أبوان بدينان]، وقلة الحركة والحياة الهادئة الوديعة، ويأتي في رأس القائمة الشره الزائد وتناول كميات من الطعام تزيد عن الحاجة.

الأعراض: أبسط أعراض البدانة هي زيادة الوزن، ولكن ليس جميع الناس الذين تزيد أوزانهم بدينين (مثل رافعي الأثقال، والنساء الحبالى).

المضاعفات: تظهر الإحصائيات، التي تجريها جهات مختلفة [شركات التأمين - منظمات صحية] في جميع أنحاء العالم، أن البدانة تترافق بأمراض عديدة، كالداء السكري والسكتة الدماغية وداء الشرايين الإكليلية وتصلب الشرايين وقصور القلب وارتفاع الضغط الدموي وضيق التنفس (خاصة عند القيام بأي جهد عضلي) والإصابة بمرض النقرس وزيادة

الشحوم في الدم وتشوه العظام، وكلما زاد الوزن وأصبحت البدانة مفرطة كلما أصبح الترابط أقوى بين البدانة والمرض.

فمثلاً:

ـ تدل الإحصائيات على أن زيادة الوزن بنسبة (40%])عن الحد الطبيعي تؤدي إلى الوفاة بنسبة الضعف بسبب داء الشرايين الإكليلية بالمقارنة مع الشخص غير البدين. وزيادة الوزن بنسبة (20 ـ 30%) تؤدي إلى الوفاة بنسبة ثلاثة أضعاف بداء السكري بالمقارنة مع الشخص غير البدين.

ـ يعاني البدينون من المضاعفات الجراحية ومضاعفات التبنيج أكثر بكثير مما يعاني منه أقرانهم النحيلون.

ـ أثناء الولادة، تتعرض الأم البدينة ووليدها للمخاطر أكثر من الأم النحيفة.

ـ البدانة، بشكل عام، تقصر العمر وترفع نسبة الوفيات بين البدينين مما جعل بعض العلماء يطلقون عليها اسم قاتلة الشعوب.

العلاج: كتب عن علاج البدانة نظريات ونصائح لا حصر لها، ولكننا، باختصار شديد، نستطيع أن نجعل العلاج في بندين رئيسيين:

1 ـ **العلاج الذاتي**: على المرء أن يدرك، قبل كل شيء، أن زيادة وزنه كانت بسبب تناوله طعاماً يزيد عن حاجته، مما دفع جسمه لخزن ذلك الطعام على شكل دهون، إضافة لاحتمال كونه قليل الحركة لا يستهلك مقداراً كافياً من الحريرات التي شكلها جسمه مما يتناوله من طعام، **وهذا يبين بوضوح أن إنقاص الوزن يتم فقط بواسطة إقلال كمية الطعام وزيادة الحركة.**

يجب أن نتذكر دائماً أن الامتناع عن الطعام أو الإقلال منه لدرجة كبيرة مع (أو بدون) ممارسة تمارين رياضية مجهدة أمر ضار بالإنسان، والوسيلة المفضلة هي انقاص الوزن ببطء، وباستمرار، وبشكل تدريجي، ومن دون أخذ فترات راحة على الإطلاق، إذ يكفي أن يخسر الإنسان نصف كيلوغرام واحد من وزنه في كل أسبوع، فإذا استمر بشكل متواتر لمدة عام، فإنه سيخسر حوالي (25) كيلوغراماً من وزنه، وهذا جيد جداً، خاصة إذا ترافق مع إجراء بعض التمارين الرياضية التي تعيد للجسم لياقته وتناسقه وجماله. ونذكّر بضرورة تناول طعام متنوع ومتوازن بحيث يحقق نقصاً في الطاقة المطلوبة مقداره (500 حريرة) فقط كل يوم، ولذلك يجب

مكان توضع الدهون في جسم الرجل

مكان توضع الدهون من جسم المرأة

أن يتعلم الإنسان حساب السعرات الحرارية المتوفرة في الأطعمة، وأن يسجل كل ما يأكله ويشربه خلال اليوم، مهما كان تافهاً، وذلك لحساب السعرات الحرارية وإجراء مقارنة، للتأكد من السير وفق الأسلوب الصحيح (راجع جدول حساب السعرات الحرارية ص 37)، إضافة إلى ضرورة تنظيم أوقات تناول الطعام بشكل دقيق وتحديد ساعات ثابتة لذلك، والامتناع نهائياً عن أكل أي شيء أثناء الفواصل الزمنية بين وجبتين.

هناك اختصاصيون في هذا المجال يؤكدون على ضرورة تناول الطعام في أوقات محددة، وأن تكون كمية الطعام مدروسة بدقة، وينبهون لضرورة مضغ الطعام بشكل هادئ وتام، وأخذ فترة راحة بسيطة بين اللقمة والأخرى، وعدم تناول أي شيء على الإطلاق بين الوجبات.

أما التمارين الرياضية التي تفيد البدينين فهي كثيرة جداً، مثال ذلك ركوب دراجة هوائية لمدة ساعة من الزمن، يؤدي إلى حرق حوالي (400 حريرة)، كما أن هناك السير والركض والسباحة وتمارين اللياقة وغيرها. يجد بعض الأشخاص أنه من المفيد لهم الانضمام إلى نادٍ خاص لتخفيف الوزن لأنه يجعلهم في تماس مباشر مع الأشخاص الذين يشاركونهم مشكلتهم.

وللفائدة نذكر هنا أمرين: الأول أن إنقاص الوزن بعد سن الخامسة والثلاثين يكون أصعب منه قبل هذه السن. **والثاني** أن إنقاص الوزن والعودة من ثم إلى الوزن السابق، ثم إنقاص الوزن والعودة من جديد يجعل العملية صعبة المنال في المرات اللاحقة.

وأخيراً نقول: إن هذه الجهود لا بد أن تفيد البدينين في إنقاص أوزانهم، فإن كنت واحداً من القليلين الذين لا يستفيدون من مثل هذه الإجراءات ووقفت عاجزاً بسبب بنيتك أمام مشكلتك فننصحك باستشارة طبيب اختصاصي.

2 ـ **العلاج الاختصاصي**: يطبق الأطباء الاختصاصيون بمعالجة السمنة على مراجعيهم عدة طرائق مختلفة، ابتكروها، لإجرائها في الحالات التي لا ينفع فيها اتباع طريقة العلاج الذاتي، نذكر فيما يلي أهمها:

1 ـ يصف الأطباء لمرضاهم أدوية خاصة مضادة للسمنة، لمعظمها مفعول صادٌّ للشهية، أو يدفع الجسم إلى مزيد من الحركة واستهلاك مزيد من الطاقة، مع العلم أن العديد من الأطباء يفضل عدم استعمال الأدوية إطلاقاً لأنها قد تحدث أعراضاً جانبية شديدة الوطأة وقد تكون سيئة العواقب.

2 ـ ينصح الأطباء مرضاهم بمراجعة أطباء نفسيين لطلب العون الطبي النفسي إذا اعتقدوا أن ذلك قد يفيدهم.

3 ـ إذا لم تنجح كل الوسائل المتاحة لإنزال الوزن، فقد يلجأ الأطباء لمداواة بعض المرضى إلى ربط أسنان الفك العلوي بأسنان الفك السفلي بواسطة أسلاك خاصة بحيث لا

يمكن فتح الفم لتناول الطعام، فيضطر البدين لشرب السوائل فقط، ويُترك على تلك الحالة عدة أسابيع فينقص وزنه بشكل سريع. بالإضافة إلى كل مساوئ هذه الطريقة وأضرارها النفسية وأذاها للأسنان وجوف الفم فإن البدين يعود غالباً بعد فك الأسلاك إلى عادات طعامه السابقة ويستعيد ما فقده من وزنه.

4 ـ يلجأ الأطباء عند مداواتهم بعض البدينين بدانة مفرطة تهدد حياتهم، إلى إجراء عملية جراحية لجهاز الهضم يتم خلالها استئصال جزء من المعدة أو من المعي الدقيق، لكنها عملية خطرة على حياة البدين ونادراً ما يلجأ الطبيب لتطبيقها.

5 ـ يجري الأطباء لبعض مرضاهم معالجة تجميلية بطرائق علمية خاصة يتم بواسطتها إزالة الدهون من مناطق تجمعها الهامة في الجسم كالبطن مثلاً.

وهناك طرائق أخرى مختلفة نحجم عن ذكرها تجنباً للتطويل الممل.

نورد فيما يلي جدولاً يبين الأوزان المرغوبة للأعمار من ٢٥ سنة وما فوق:

للرجال				للنساء			
الطول	قامة صغيرة	قامة متوسطة	قامة كبيرة	الطول	قامة صغيرة	قامة متوسطة	قامة كبيرة
(سم)	(كغ)	(كغ)	(كغ)	(سم)	(كغ)	(كغ)	(كغ)
157	50_54	58_53	64_57	147	44_41	48_43	54_47
160	56_52	60_55	65_58	149	45_42	50_44	55_48
162	57_53	61_56	67_60	152	47_43	51_45	58_49
165	58_55	63_57	69_61	154	48_45	52_47	56_50
167	60_56	65_59	70_62	157	50_46	54_48	59_52
170	61_58	66_61	73_64	160	51_47	55_50	60_53
172	64_60	69_62	75_66	162	52_49	57_51	62_55
175	65_61	70_64	77_69	165	54_50	59_52	64_56
178	68_62	72_66	79_70	167	55_51	61_54	66_58
180	70_65	75_68	81_72	170	57_53	63_56	68_60
182	71_67	77_70	83_74	172	59_55	65_58	70_62
185	73_64	79_71	85_76	175	61_57	66_60	71_64
188	75_70	81_73	88_78	178	93_59	68_61	74_65
190	77_72	84_75	90_80	180	65_60	70_63	76_67
193	79_74	86_78	92_82	182	67_62	72_65	78_69

نقص الڤيتامينات والمعادن (Vitamin and mineral deficiency)

يحتاج الجسم إلى الطعام لإنتاج الطاقة ولبناء وترميم النسج، وحتى يتمكن من القيام بعمله الطبيعي، يحتاج أيضاً إلى مجموعة من المركبات المعقدة، كالڤيتامينات. وعلى الرغم

من أن الجسم يستطيع أن يصنع كميات محدودة منها وخاصة فيتامين (D) والنياسين (Niacin) ، إلا أن معظم هذه المركبات يتم الحصول عليها من الطعام الذي يتناوله الإنسان.

والمعادن، كذلك هي أيضاً مهمة جداً للصحة السليمة، فهي كالڤيتامينات تساعد على قيام الجسم بوظائفه بشكل سليم، ويحتاج الجسم إلى كمية قليلة منها، ولكنها مهمة جداً، منها الصوديوم والبوتاسيوم والكالسيوم والفوسفور والمغنيزيوم، إضافة لذلك، يلزم أقل بكثير من المعادن المعروفة بالعناصر الزهيدة مثل الحديد واليود والتوتياء والنحاس والكروم والسيلينيوم. ويظهر الجدول في (ص 634) المعادن الرئيسية التي يحتاجها الجسم ويحدد وظائفها الخاصة لصيانة الصحة السليمة.

إن الوظائف الدقيقة لبعض الڤيتامينات والمعادن غير معروفة حتى الآن، ولكنها جميعاً تشترك في النشاطات الرئيسية للاستقلاب. فمثلاً يلعب فيتامين (D) دوراً في السيطرة على امتصاص الكالسيوم الذي تحتاجه العظام والأعصاب والعضلات لتأدية وظائفها. والحديد مهم جداً في تزويد نسج الجسم بالأكسجين لتوليد الطاقة وحماية الجسم من الأخماج. ونتيجة لذلك، فإن نقص أي ڤيتامين أو معدن يمكن أن يؤدي إلى عدة اضطرابات، وإذا كان النقص شديداً أو استمر لفترة طويلة فإن المرض، أو الاضطراب الناتج عن ذلك، يؤدي إلى عجز دائم أو حتى إلى الموت.

إن نقص الڤيتامينات، بشكل عام، قليل المشاهدة في هذه الأيام، وعندما يحدث يكون، غالباً، بسبب عادات أكل خاطئة استمرت لفترة طويلة أو بسبب الإفراط والاستمرار في تناول الكحول، أو بسبب اضطرابات معدية معوية، أو إهمال الصحة العامة لفترة طويلة، ونادراً ما يكون بسبب نقص الغذاء بشكل فعلي. وقد يحصل النقص في بعض المعادن بعد أن يتبع الإنسان حمية صارمة لإنقاص الوزن، أو في حالة الامتناع عن تناول أطعمة محددة.

من ناحية أخرى، فإن تناول كمية كبيرة جداً من بعض الغذيات كڤيتامينات (A و D) قد يكون ساماً إذا تم تناولها لفترة طويلة من الزمن. يمكن تأمين ما يكفي الجسم من الڤيتامينات والمعادن بتناول وجبات غذائية متوازنة بشكل جيد (ص 29) وذات مستوى مناسب من الحريرات.

نورد على الصفحتين (634 ـ 635) جدولين يلخصان أهم الحقائق والنظريات التي تم التوصل إليها، حتى تاريخه، حول أهم الڤيتامينات والمعادن المعروفة، مع أهم مصادرها ووظائفها.

من هو المصاب بنقص الڤيتامينات والمعادن؟

في البلدان الغنية، يندر وجود أمراض نقص الڤيتامينات كالبثع (Scurvy) والبِلَّغرة (Pellagra) ، ويصعب تحديد حدوث نقص المعادن، ما عدا نقص الحديد الذي يؤدي إلى فقر دم (ص 514)، وهو أكثر أمراض نقص المعادن شيوعاً في العالم.

عندما يحدث نقص في الڤيتامينات أو المعادن، فإنه يصعب، عادةً، ملاحظة ذلك لأن المشكلة تنتج عن نقص العنصر في الغذاء وليس في انعدامه.

يشيع نقص الڤيتامينات والمعادن الخفيف بين الأطفال والنساء الحوامل، وكبار السن والمراهقات. والشخص، أياً كان عمره، الذي يتناول الكثير من الطعام المعالج أو المحفوظ، والقليل من الفاكهة والخضراوات الطازجة، أو الذي يتبع حمية شديدة بغية إنقاص وزنه.

يصاب الأطفال، غالباً، بنقص الحديد وڤيتامين (A) الضروريين للنمو، وكذلك نقص فيتامين (C) شائع أيضاً، كما أن اهتمام المراهقات بالمحافظة على أوزان مثالية ورشاقة دائمة يحول دون حصولهن على كميات مناسبة من عدة غذيّات وخاصة الكالسيوم والحديد.

معظم النساء اللواتي في أعمار الحمل يحصلن على حديد كافٍ من الطعام، لكن فقدان كمية كبيرة من الدم أثناء الطمث، أو حدوث الحمل، يزيد الحاجة إلى كميات إضافية منه. ولهذا السبب، يحتاج العديد من النساء السليمات إلى الحديد في فترة ما من حياتهن، وربما يحدث نقص في حمض الفوليك (ص 517) أيضاً أثناء الحمل، لذلك تزداد الحاجة للحديد وحمض الفوليك بالإضافة إلى الغذيات الأخرى أثناء الحمل والإرضاع.

ربما لا يستطيع كبار السن امتصاص الكميات اللازمة من الكالسيوم والحديد بسبب التغيرات الجسمية التي حصلت مع تقدم العمر، كما أن بعضهم يعانون من الوحدة أو الفقر مما يقلل من رغبتهم أو قدرتهم على الأكل بشكل مناسب.

إن المشردين والمُعْوَزين، وخاصة منهم أولئك الذين يتناولون الكحول، والمدخنون، معرضون بشكل كبير للإصابة بنقص التغذية، وبالتالي تظهر عليهم أعراض نقص الڤيتامينات والمعادن. (فالإفراط في شرب الكحول غالباً ما يسبب نقصاً في فيتامين (Pyridoxine) (B6) وفيتامين (Thiamin) (B1) وحمض الفوليك (Folic acid) والفولاسين (Folacin)، والمغنيزيوم ((Magnesium).

والأشخاص الذين يتناولون طعاماً مغذياً ومتوازناً قد يعانون، في أحيان نادرة، من نقص ڤيتامينات بسبب شذوذ استقلابي عندهم. ، فمثلاً، يصاب بعض الأشخاص بفقر دم لأن أجسامهم لا تمتص فيتامين (B12) (ص 517)، بالإضافة إلى ذلك، فإن بعض النساء اللواتي يستعملن حبوب منع الحمل تبدو لديهن علامات نقص فيتامين (B6)، ولكن هناك تساؤلاً فيما إذا كان هذا نقصاً حقيقياً أم لا.

ربما ظهر لديك نقص ڤيتامينات أو معادن بعد جراحة في مجرى الأمعاء، فإذا كنت مصاباً باضطراب معوي حاد، كداء كرون (ص 598)، فإنك تصبح مهيئاً للإصابة بنقص الڤيتامينات والمعادن لأن جسمك لا يستطيع امتصاص المقدار المطلوب منها.

هل يجب الأكل بشكل مختلف؟

يعتمد احتمال حدوث نقص ڤيتامين أو معدن ما على أحد عاملين اثنين، **أولهما**: مدى توفر هذا الڤيتامين، أو المعدن في الغذاء. **وثانيهما**: مدى فعالية الجسم في امتصاصه وتخزينه. فإن تناول كميات مناسبة من الطعام المتوازن والمغذي يضمن الحصول على الڤيتامينات والمعادن المناسبة للجسم.

ونبين فيما يلي، وبشكل عام، كميات الطعام التي يحتاجها الجسم في كل يوم:

يقسم الطعام إلى أربع مجموعات، اعتماداً على التشابه في محتواه من الغذيات:

1 ـ الحليب ومشتقاته: مرة أو مرتين كل يوم.

2 ـ اللحوم، السمك، الطيور، البيض، البقولات المجففة: مرة أو أكثر كل يوم.

3 ـ الخضراوات والفواكه: 3 مرات أو أكثر كل يوم، مع التركيز على مصادر جيدة لفيتامين (A و C).

4 ـ الخبز والحبوب، القمح غير المقشور: ثلاث مرات أو أكثر كل يوم.

إن الحد الأدنى من عدد المرات التي يُنصح بها تزود الإنسان بحوالي 1300 حريرة ومن (80 ـ 120%) من الغذيات التي يحتاجها. يستطيع الأشخاص النشيطون ذوو الأوزان الزائدة أن يستهلكوا من هذه الأطعمة كميات أكثر (بالإضافة إلى أطعمة أخرى كالدهون والزيوت والسكريات) لتلائم حاجتهم من الحريرات. وقد حصل فيتامين (C) الضروري لالتئام الجروح والتسريع في امتصاص الحديد على اهتمام كبير مؤخراً، وبينما تتوفر أدلة قليلة تثبت أنه يساعد في مقاومة الزكام، فهناك يقين كبير بأنه يجب ضمان تركيز جيد منه في الجسم.

إن أهم مصادر ڤيتامين (C) هي الحمضيات، كالبرتقال والليمون، والعنب وغيرها، ويوجد بمقادير جيدة أيضاً في الفريز والبطيخ الأصفر والبطاطا وغيرها، كما يوجد في الخضروات ولفترة قصيرة فقط، والأفضل أن تؤكل نيئة إذا كان ذلك ممكناً.

جدول يبين معظم المعادن وأهم مصادرها وأهم وظائفها في الجسم، وأعراض نقصها

المعدن	أهم المصادر	عمله في الجسم	أعراض النقص
البوتاسيوم (Potasium)	الحليب ـ الموز ـ البرتقال الخضراوات واللحم.	وظائف الأعصاب ونشاط العضلات.	ضعف في العضلات ـ غثيان ـ مشاكل في القلب.
الصوديوم (Sodium)	كلور الصوديوم (الملح) ـ الجبنة الحليب ـ الخبز ـ الحبوب ـ البهارات.	وظائف الأعصاب ـ تقلص العضلات ـ يحافظ على توازن السوائل في الجسم.	بالكاد ملاحظتها: تشنج في العضلات ـ غثيان ـ وَسَن ـ ضعف.
الكالسيوم (Calcium)	الحليب ومنتجاته ـ سمك السلمون ـ السردين ـ منتجات الصويا ـ البازيلاء ـ القنبيط ـ البقول والفواكه.	تشكل العظام والأسنان ـ تخثر الدم ـ وظائف الأعصاب ـ تقلص العضلات.	تتعلق بفقدان العظام لكلسها مع تقدم العمر (تخلخل العظام).
المغنزيوم (Magnesium)	الخضراوات الخضراء ـ المكسرات ـ كامل القمح ـ السمك الصدفي أو القشري.	وظائف الأعصاب ـ تقلص العضلات ـ تخزين وتحرير الطاقة.	رُعَاش العضلات والأعصاب ـ عدم النمو ـ قلة الشهية للطعام.
الفوسفور (Phosphorus)	الحليب ـ الجبنة ـ اللحم ـ السمك ـ الدجاج ـ البيض ـ الفول السوداني.	تشكل العظام والأسنان ـ انتاج الطاقة.	ليست شائعة ـ وتحدث بشكل رئيسي في حالات مختلفة من الأمراض.
الحديد (Iron)	الكبد ـ اللحم ـ البيض ـ الخبز ـ القمح بقشرة.	سلامة خلايا الدم الحمراء ـ انتاج الهيموغلوبين الذي يحمل الأكسجين لنسج الجسم لانتاج الطاقة.	التعب ـ جلد شاحب اللون ـ أخماج ـ فقر الدم.
التوتياء (Zinc)	منتجات البحر ـ اللحم ـ المكسرات ـ البيض.	النمو ـ الجلد السليم ـ التئام الجروح.	فقدان الشهية ـ التأخر في التئام الجروح.
المنغنيز (Manganese)	الخضراوات الخضراء ـ الحبوب مع قشرتها ـ الشاي.	تركيب العظام.	لم يبلغ عنها.
الفلور (Fluorine)	الشاي ـ القهوة ـ فول الصويا ـ فلوريد الصوديوم (يضاف إلى ماء الشرب في بعض الدول).	تشكل العظام والأسنان.	بلى الأسنان (تلف الأسنان).
النحاس (Copper)	الكبد ـ السمك الصدفي أو القشري ـ الحبوب بكامل قشرتها.	انتاج الهيموغلوبين في الخلايا الحمراء ـ تركيب العظام	ليست شائعة ـ فقر الدم ـ عظام هشة.
الكروم (Chromium)	اللحم ـ الجبنة ـ الخبز ـ الحبوب بكامل قشرتها.	تساعد الجسم في استعمال الكربوهيدرات.	يزيد السكر في الدم.
السيلينيوم (Selenium)	منتجات البحر ـ اللحم ـ حبوب الحنطة.	يحمي الخلايا من الضرر.	لم يبلغ عنها.
اليود (Iodine)	منتجات الألبان ـ منتجات البحر.	صحة الغدة الدرقية (انتاج الهرمونات).	تضخم الغدة الدرقية.

جدول يبين معظم الفيتامينات وأهم مصادرها وأهم وظائفها في الجسم وأعراض نقصها

الفيتامين	أهم المصادر	عمله في الجسم	أعراض النقص
فيتامين (أ) (ريتينول) Vit.(A) (Retinol)	الكبد - الحليب - الزبدة - صفار البيض - السائغ - الجزر - البطاطا الحلوة - الدراق - المشمش.	هام جداً للرؤيا وخاصة أثناء الليل وللنمو ولتطور العظام وإعادة البناء.	جلد جاف وخشن - رؤيا ضعيفة أثناء الليل (عشاوة).
فيتامين (ب 1) (تيامين) Vit.(B1) (Thiamin)	الحبوب - الخبز غير المنقى - البقوليات.	يساعد في وظائف الدماغ والأعصاب والعضلات - يساعد الجسم في استعمال السكريات.	اعتلال عضلة القلب، تنميل الأيدي والأقدام (الحالة الشديدة تدعى بري بري) وتشوش ذهني.
الريبوفلافين (Riboflavin)	الكبد - الكلية - الحليب - الجبنة - الحبوب - الخبز غير المنقى - الهليون	يساعد في تفكك الطعام لتوليد الطاقة.	شفاه مقشرة - لسان أرجواني متقرح - اضطرابات جلدية.
النياسين (Niacin)	السمك - اللحم - الدجاج - الحبوب - الخبز غير المنقى - الفول السوداني - البيض	يساعد في تفكك الطعام لتوليد الطاقة.	ضعف في العضلات - سوء هضم - طفحات جلدية - البلّغرة (تتميز بالتهاب الجلد - إسهال - خرف)
فيتامين (ب6) (البيريدوكسين Vit.(B6) (Pyridoxine)	معظم الأطعمة وخاصة تلك الغنية بفيتامين (B) الأخرى - الحبوب بكامل قشرها - الموز - البقول - الكبد.	يساعد الجسم على استعمال البروتين.	تهيج الجلد - العصبية - الهيوجية - فقر الدم.
فيتامين (ب12) (الكوبالامين) Vit.(B12) (Cobalamin)	منتجات الحيوانات وخاصة الكبد.	يساعد في إنتاج خلايا الدم الحمراء - ضروري للأعصاب السليمة.	فقر الدم بسبب نقص فيتامين (B12).
حمض الفوليك (Folacin)	الكبد - الخضراوات الطازجة ذات الأوراق الخضراء - الفطر - اللوبياء.	يساعد في إنتاج خلايا الدم الحمراء وخلايا أخرى في الجسم.	فقر الدم.
فيتامين (ج) - Vit.C (Ascorbic acid)	الخضراوات النيئة ذات الأوراق الخضراء - البندورة - الحمضيات.	أدوار متعددة ومختلفة في النمو - صحة خلايا الجسم - يساعد في مقاومة الأخماج والإجهاد	نزوف صغيرة في الجلد ونسج أخرى (كدمات) - نزف في اللثة.
فيتامين (د) - Vit.D (Calciferol)	الحليب المدعم - زيوت كبد السمك - (يصنعه الجلد أيضاً بمساعدة أشعة الشمس).	ضروري لتركيب عظام جيدة وأسنان سليمة - يساعد في امتصاص الكالسيوم والفوسفور.	نمو متأخر وساقان مقوسان (كساح - خَرَع) لدى الأطفال - أما لدى البالغين: عظام مشوهة لينة (تلين العظام) ومع تقدم العمر ميل إلى انكسار العظام.
فيتامين (و) - Vit.E (Tocopherol)	زيوت الخضراوات - جنين القمح - القمح بكامله - الخضراوات ذوات الأوراق الخضراء الداكنة اللون.	يحمي الخلايا من الضرر والتكس.	غير شائعة ما لم يكن هناك مشاكل بامتصاص الدهون - فقر دم لدى الرضع والخدّج أو قليلي الوزن عند الولادة.
فيتامين ك - Vit.K	الخضراوات ذات الأوراق الخضراء.	ضروري لتخثر الدم بشكل طبيعي.	غير محتمل المشاكل ما عدا لدى الرضع الحديثي الولادة المعرضين لنزف غير عادي أثناء الأيام القليلة الأولى من حياتهم.

هل المتممات القوتية ضرورية؟

يعتقد العديد من الناس أنهم قادرون على تحسين صحتهم بتناول حبوب الفيتامينات والمعادن إضافة إلى غذائهم، لكن خبراء الطب لا يشجعون ذلك لعدة أسباب. فعند تناول طعام طازج ومغذٍ، وتعريض الجلد باعتدال لأشعة الشمس لتأمين زيادة من مخزون فيتامين (D)، يحصل المرء على كافة الفيتامينات والمعادن التي يحتاجها جسمه ما لم يكن لديه مشاكل بالاستقلاب. إن الحبوب التي تحتوي على الفيتامينات والمعادن لا تؤذي عند تناولها، ولكن من غير المحتمل أن يحتاج الإنسان إلى جرعات مفرطة منها، حيث أن جرعة واحدة عالية قد تكون مؤذية له، وهذا ينطبق تماماً على الفيتامينات التي يخزنها الجسم بشكل فعال كفيتامين (A) و (D)، مع العلم أن تناول كميات كبيرة من فيتامين (A) يسبب تغيرات في الجلد وفقدان الشعر وتضخم الكبد وأعراضاً مختلفة في العضلات والمفاصل، والإكثار من فيتامين (D) يؤدي إلى زيادة الكالسيوم في الدم مما يسبب اضطرابات عصبية واضطرابات معدية معوية، والكثير جداً من فيتامين (B6) يؤدي إلى تضرر الأعصاب. وتناول جرعات كبيرة من المعادن مؤذي أيضاً، فالكثير جداً من الكالسيوم، مثلاً، يزيد من حاجة الجسم للمغنيزيوم والزنك والحديد، والكثير جداً من الحديد يمكن أن يؤدي إلى اضطرابات معدية معوية.

إن أهم سبب في عدم تشجيع تناول حبوب الفيتامينات والمعادن هي أن مثل هذه الحبوب غير قادرة على تزويد الإنسان بالفائدة السليمة التي يزوده بها الغذاء المتوازن بشكل جيد.

إن الغذاء السليم هو الغذاء الذي يعطي الجسم معظم متطلباته من الطاقة من خلال الأطعمة التي تحتوي على ألياف طبيعية، وبشكل أكبر على الدهون غير المشبعة أكثر من الدهون المشبعة (ص 28)، ومثل هذا الغذاء يخفف من مضاعفات اضطرابات القلب وعدة اضطرابات معدية ومعوية وبعض أمراض السرطانات.

إذا كان غذاؤك يتألف، بشكل رئيسي، من أطعمة جاهزة أو سريعة التحضير فإن فرص إصابتك باضطرابات القلب وغيرها تزداد رغم تناولك لهذه الحبوب.

ربما تكون المتممات من المعادن والفيتامينات ذات فائدة لأي شخص يحاول أن يفقد كمية كبيرة من وزنه على فترة طويلة نسبياً عن طريق الحمية الغذائية. في هذه الظروف، يجب استشارة الطبيب حول برنامج آمن لتخفيف الوزن، وحول الاحتياطات اللازمة من المتممات من المعادن والفيتامينات.

أما الأطفال، الذين ينعمون بصحة طبيعية، فلا يحتاجون إلى معادن وفيتامينات إضافية، ويجب على الأبوين أن يشجعا أطفالهما على تناول غذاء متنوع يحتوي على أكبر كمية ممكنة من الخضراوات والفاكهة الطازجة. فالطفل الذي يحصل على حبة من الفاكهة لا على قطعة حلوى كوجبة خفيفة لن يحتاج إلى متممات من المعادن والفيتامينات.

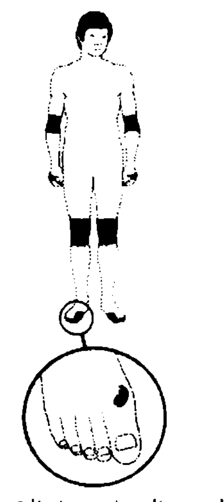
النقرس (Gout)

إن حمض البول (Uric acid) هو أحد فضلات الجسم الذي تطرحه الكليتان بشكل طبيعي مع البول، فإذا تواجدت منه في الجسم كمية تفوق قدرة الكليتين على معالجته وطرحه، فإنه يتراكم في الجسم ويؤدي لحدوث مرض النقرس.

يتجمع حمض البول بشكل بلَّورات تترسب في المناطق ذات التروية الدموية القليلة بحيث لا يستطيع الدم حملها ونقلها أو إبعادها. فإذا ترسبت في الفراغات الموجودة في أحد المفاصل، فإن النسيج المحيط بالمفصل يصاب بالالتهاب وتتهيج نهايات الأعصاب في المفصل مما يسبب ألماً شديداً. وفي بعض الأحيان تتراكم البلَّورات أيضاً في الكليتين ذاتهما مما يسبب قصوراً كلوياً.

بما أن الجنس البشري ينتج حمض البول بكميات بالكاد تستطيع الكليتان معالجتها، فإن كل شخص معرض إلى حدٍ ما، للإصابة بالنقرس، خاصة أولئك الذين يفرطون في الأكل وشرب الكحول ويصابون كثيراً بالأخماج ويتنالون المضادات الحيوية ومدرات البول بكثرة، علماً أن هناك بعض الأشخاص أكثر احتمالاً للإصابة بهذا المرض من غيرهم من دون وجود سبب مفهوم سوى الاستعداد الخلقي.

الأعراض: أهم أعراض النقرس هي حدوث ألم شديد في المرفق أو الركبة، وغالباً، في المفاصل الصغيرة في اليد أو القدم وخاصة في قاعدة إبهام القدم، حيث يبدأ الألم عادة بدون إنذار، مع أن المصابين بالنقرس يصبح عندهم خبرة سابقة بموعد بدء الألم، حيث يشعرون ببعض الوخزات أولاً، وخلال بضع ساعات ينتفخ المفصل ويصبح مؤلماً بحيث لا يمكن تحمل حتى وزن ملاءة السرير (الشرشف)، وغالباً ما ترتفع الحرارة حتى (38,5 درجة مئوية) ويحمر الجلد الملتهب حول المفصل ويصبح لامعاً وجافاً.


مواقع الألم عند المصابين بداء النقرس.

تشمل الهجمة الأولى لآلام النقرس عادة مفصلاً واحداً فقط وتدوم لعدة أيام. وربما تكون هذه الهجمة هي الوحيدة، وفي بعض الأحيان تحدث هجمة ثانية ربما بعد عدة شهور أو سنوات، وبعد الهجمة الثانية تحدث آلام النقرس في فترات متقاربة، وتدوم وقتاً أطول وتشمل مفاصل أكثر وأكثر. إذا لم يعالج المرض فإن التهاب النسيج اللين حول المفصل وارتكاس (تهييج) العظام يمكن أن يؤديا إلى تشوه المفصل، وربما يتنكس الجلد حول المفصل، وقد تظهر أعراض تضرر الكليتين، كالمغص الكلوي (راجع حصيات الكلوة ص 655).

النقرس شكل شائع من أمراض المفاصل، يمكن أن يصيب الذكور بعد سن البلوغ، ويصيب النساء فقط بعد مرحلة الإياس (انقطاع الطمث، سن اليأس)، لذلك تقل نسبة إصابة النساء عنها عند الرجال.

المضاعفات: النقرس أحد الاضطرابات الاستقلابية التي يمكن السيطرة عليها، وإذا لم يعالج يمكن أن يؤدي إلى الموت بسبب تضرر الكليتين، أو إلى ارتفاع ضغط الدم (ص 463) الذي هو عامل خطر ورئيسي في داء الشريان الإكليلي، وحدوث السكتة.

العلاج: حتى ولو اختفت الهجمة الأولى من النقرس من تلقاء ذاتها بدون معاودة سريعة، فيجب استشارة الطبيب. لا تعالج آلام النقرس بتناول الأسبرين، لأنه يبطئ من إفراغ حمض البول، بل يستعمل مسكن آخر، وحيث أن المرض يختفي تماماً بعد أول هجمة فلا داعٍ للعلاج أكثر من ذلك..

بعد الإصابة بالهجمة الأولى، ربما يطلب الطبيب من المصاب إجراء بعض التغييرات في عادات أكله وشربه. إن شرب كميات كبيرة يومياً من الماء يفيد كثيراً في السيطرة على معدلات حمض البول في الدم، وكذلك تجنب بعض الأطعمة الدسمة، علماً أن شرب الكحول، بكل أشكاله، يمنع طرح حمض البول من الجسم.

العلاج الذاتي: لإبعاد ثقل ملاءة السرير وغيرها من الأغطية عن المناطق المؤلمة (القدم مثلاً)، يركب إطار واقٍ يرفعها عن مكان الألم. على المصاب أن لا يتناول أية عقاقير مسكنة للألم غير تلك التي يصفها له طبيبه، مع مراعاة الراحة التامة، وشرب كميات كبيرة من السوائل (أهمها الماء)، حيث تساعد هذه السوائل في تجنب المضاعفات، وننصح أيضاً أن يشرب كوبين من الماء صباحاً على الريق قبل تناول أي طعام بساعة.

العلاج الاختصاصي: هناك ثلاثة مراحل في العلاج:

المرحلة الأولى: هي، بكل بساطة، السيطرة على الألم، وهذا يتم باستعمال المسكنات التي يصفها الطبيب (غير الأسبرين).

المرحلة الثانية: السيطرة على الالتهاب الذي سببته بلَّورات حمض البول المترسبة في مكان الألم، من أجل ذلك يصف الطبيب عقاراً مضاداً للالتهاب (Anti-inflammatory) (وليس مضاداً حيوياً). وحيث أن الأعراض تختفي بعد أول هجمة، فلا حاجة لاستعمال أية أدوية أخرى، ولكن إذا عاودت الأعراض فيجب عندها معالجة مسببات المرض الاستقلابية.

المرحلة الثالثة: في هذه الحالة ينصح بتناول مجموعة من نوعين من العقاقير، شريطة الاستمرار في تناولهما بقية الحياة. **النوع الأول**، يزيد من إفراغ حمض البول عن طريق الكليتين، وربما ينصح الطبيب بالإكثار من تناول السوائل عدا الكحول، أو ربما ينصح بتناول جرعات نظامية من بيكربونات الصوديوم التي تساعد في تعديل حمض البول. **والنوع الثاني**، من العقاقير، يقلل من كمية حمض البول التي ينتجها الجسم. فإذا استعملت تلك العقاقير تماماً كما وصفها الطبيب فمن المفروض أن لا تحدث أية هجمات نقرس أخرى.

فرط بروتينات الدم الشحمية (Hyperlipoproteinemia)

إن فرط بروتينات الدم الشحمية هو تسمية تطلق على عدة حالات يكون فيها مستوى البروتينات الشحمية في الدم مرتفعاً. والنوعان الشائعان من هذه البروتينات هما: الكولسترول (Cholesterol) والغليسيريدات الثلاثية (Triglycerides).

يتواجد الكولسترول في الدهون الحيوانية، وبالرغم من كونه مادة أساسية في صنع وحفظ الأغشية الخلوية، والهرمونات، ومجموعة ڤيتامين (D)، فإن زيادته في الدم قد تسبب داء الشريان الإكليلي الباكر. أما الغليسيريدات الثلاثية فهي دهون تخزينية تتواجد في الدهون النباتية والحيوانية. هذا وتمتاز بعض الدهون بأنها مشبعة وترفع سوية الكولسترول في الدم، إلا أن الاستعاضة عن مثل هذه الدهون في القوت بدهون غير مشبعة أحادية أو متعددة اللاإشباع تخفض سوية الكولسترول.

إن تخفيض سوية الكولسترول العالية في الدم تخفف من حدوث مرض الشريان الإكليلي لدى البالغين ومتوسطي الأعمار.

إن الأشخاص ذوي سوية الكولسترول ما فوق (200 ـ 240) ملغ في كل (100) ملل (سم^3) يحتاجون لعلاج غذائي لتخفيف هذه السوية، بينما أولئك ذوو المعدل ما فوق (220 ـ 260) ملغ في كل (100) ملل (سم^3) فيحتاجون لعلاج بالعقاقير إضافة للعلاج الغذائي. وإن سوية الغليسيريدات الثلاثية التي تصل حتى (250 ـ 500) ملغ في كل (100) ملل (سم^3) تعتبر ضمن الحدود المقبولة، وأما ما زاد عن (500) ملغ في كل (100) ملل (سم^3) فهي عالية بالتأكيد. لكن ارتفاع سوية الغليسيريدات الثلاثية لا يعتبر مؤشراً قوياً لمرض الشريان الإكليلي كحالة ارتفاع سوية الكولسترول، إلا أن ارتفاعه ما فوق (1000) ملغ لكل (100) ملل يمكن أن يؤدي إلى التهاب البنكرياس.

إن ارتفاع سوية نوع معين من الكولسترول، يدعى البروتين الشحمي عالي الكثافة (HDL)، هو أفضل منبئ لمرض الشريان الإكليلي لدى الأشخاص فوق عمر الخمسين. فالمستويات المنخفضة من هذا الكولسترول إلى ما دون (35) ملغ لكل (100) ملل من الدم لدى الرجال و(45) ملغ لكل (100) ملل من الدم لدى النساء يزيد من فرصة تطور مرض الشريان الإكليلي، بينما المستويات المرتفعة، والتي هي ما فوق (55) ملغ لكل (100) ملل من الدم لدى الرجال و(65) ملغ لكل (100) ملل من الدم لدى النساء، تنقص من هذا الاحتمال.

العـلاج:

العلاج الذاتي: إن الغذاء هو الأساس في العلاج، وأفضله هو الذي يقلل من مدخول الحريرات إلى الجسم لتجنب السمنة، كما يقلل مدخول الدهون الإجمالي، خاصة منها الدهون

المشبعة (Saturated fats) ، ويعوضها بالسكريات (Carbohydrates) أو بالدهون غير المشبعة (Unsaturated fats) المتعددة أو الأحادية. وأما اللحوم الغنية بالدهون المشبعة، فيمكن الاستعاضة عنها بلحم دجاج مزال جلده، أو بالسمك، وكذلك يمكن الاستعاضة بالزبدة عن المرجرين (Margarine) الغني بالدهون غير المشبعة. ويجب تجنب الأطعمة الغنية الدهون كالأطعمة المقلية، وعدم تناول الشحوم الحيوانية. ويمكن الاستعاضة عن الأطعمة الغنية بنسبة عالية من الكولسترول (البيض مثلاً) ببدائل فيها نسبة قليلة من الكولسترول، وعن الجبنة الغنية بالدهون بالجبنة الفقيرة بها ، ويجب تجنب لحوم الأعضاء كالكبد والكلى.

ولزيادة معدل كولسترول البروتين الشحمي عالي الكثافة ولتخفيف فرصة الإصابة بمرض الشريان الإكليلي، يجب أن يكون الوزن ضمن المعدل المثالي مع الطول والبنية والجنس، وباتباع حمية إذا لزم الأمر، وبالإقلاع عن التدخين، وبممارسة بعض التمارين الرياضية باعتدال (راج جدول الوزن المقبول ص 630).

العلاج الاختصاصي: يستطيع الطبيب أن يرشد المريض إلى أفضل طريقة يسير عليها اعتماداً على عمره وعلى نتائج الفحوصات المخبرية، كما يمكنه أيضاً أن يكشف عن وجود أمراض أخرى كداء السكري والشذوذات الدرقية التي تغير من الشحوم في الدم، وأن ينصح أيضاً بشأن العوامل التي تزيد من فرص الإصابة بمرض الشريان الإكليلي في سن مبكرة، كارتفاع ضغط الدم والتدخين وداء السكري. وأخيراً يمكن لخبراء التغذية تقديم الإرشادات الصحيحة لتناول غذاء أكثر فائدة وفعالية.

البِرفيريّة (Porphyria)

البِرْفيريّة مرض وراثي سببه شذوذ في السلسلة المعقدة من التفاعلات الكيميائية التي يقوم بها الجسم لتصنيع الخضاب (Hemoglobin) . ونتيجة لهذا الشذوذ تتراكم في الجسم مواد كيميائية تدعى البورفيرنيات (Porphyrins) تؤذي الكبد والمجرى الهضمي، والدماغ والجهاز العصبي، والجلد.

الأعراض: لا يحتمل ظهور أعراض هذا المرض قبل فترة البلوغ الباكرة. وحتى في ذلك الوقت ربما لا تظهر الأعراض ما لم يحفزها تناول عقاقير معينة مثل البربيتورات (عقاقير منومة) أو حبوب منع الحمل، أو شرب الكحول، أو الحمل أو حتى تعرض الجسم لأشعة الشمس.

تختلف أعراض البِرْفيريّة، فربما حصل إقياء، وألم في البطن، وضعف، وتشنجات عضلية، واضطرابات نفسية كالاكتئاب الهوسي (ص 338) أو الاكتئاب (ص 336)، وبعض الاضطرابات الجلدية، كالحكة والنفطات. تختفي الهجمات عادة بعد بضعة أيام، ولكن قد تهدد بعض الأشكال النادرة من هذا المرض، سلامة العقل، أو الحياة.

إن كل أشكال البِرْفيريَّة نادرة بشكل ملحوظ، ولن يشك الطبيب بالإصابة بهذا المرض ما لم تكن هناك حالات معروفة منه في عائلة المصاب، ويمكن للفحوصات الكيميائية للبول والدم والغائط أن تحدد الإصابة بالبِرْفيريَّة أو تنفيها.

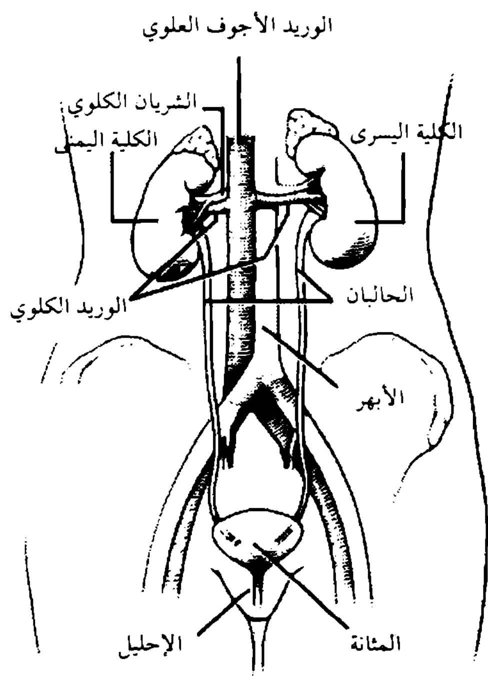
يعتمد العلاج على تجنب العوامل الحافزة للمرض وعلى تخفيف الأعراض، مع العلم أنه لا يمكن تصحيح الشذوذ الاستقلابي المستبطن، وربما يتوجب على المصاب أن يتجنب تناول عقاقير أو أطعمة معينة أو حتى مناخ معين. تخف التأثيرات النفسية للاضطراب بشكل كبير بتناول المهدئات، وتحتاج النساء المصابات بالبِرْفيريَّة لنصائح وإرشادات حول طرق منع الحمل وإلى عناية خاصة أثناء الحمل وبعده مباشرة.

الفصل العاشر

اضطرابات جهاز البول (Disorders of the urinary system)

يُشبّه جسم الإنسان بمعمل يحتوي على عدد من الآلات تحتاج جميعها إلى طاقة لتعمل مع بعضها بتوافق وانسجام. تأتي هذه الطاقة من الطعام الذي يأكله الإنسان، حيث يتحلل، أثناء الهضم، إلى مواد تتضمن طاقة تعبر إلى مجرى الدم الذي يحملها إلى جميع أجزاء الجسم، ثم تلتقطها خلايا الجسم، وفيها تجري، على تلك المواد، تفاعلات تحرر طاقتها.

ينتج عن استعمال الجسم للطاقة والمواد الغذائية فضلات كيميائية تتواجد في الخلايا، فإذا لم يتم التخلص منها أدى تراكمها إلى تسميم تلك الخلايا، لذلك يحملها الدم إلى الكليتين اللتين تخلصان الجسم منها، بترشيحها ومزجها مع أي زيادة من الماء لتشكل البول، وعليه فإن انتاج وتفريغ البول أمر هام جداً في حياة الإنسان.

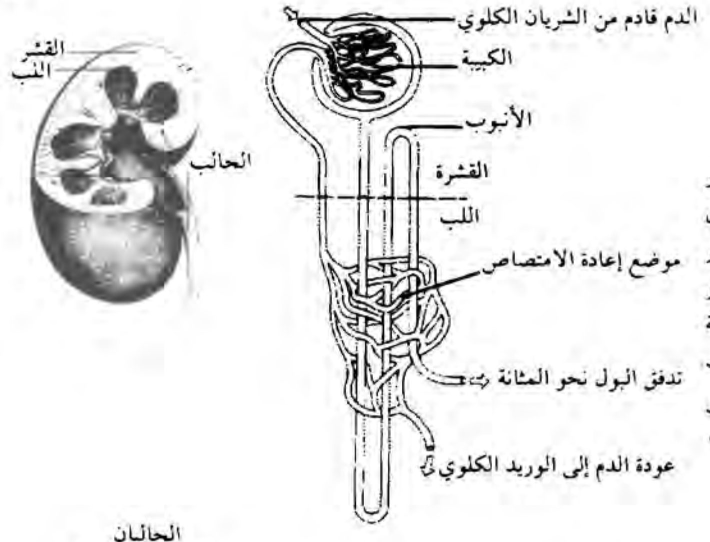


أعضاء جهاز البول

تتوضع الكليتان (Kidneys) خلف الأمعاء (Intestines) وفوق الخصر تماماً على جانبي العمود الفقري (Spine)، وتحوي كل كلية على ما يزيد عن مليون وحدة ترشيح صغيرة تدعى الكبيبات (Glomeruli) التي تقوم بتخليص الجسم من الفضلات السامة، ومن الماء الزائد الموجود في الدم، مشكلة البول (Urine). يجري البول في قناة عضلية ضيقة، اسمها الحالب (Ureter)، باتجاه الأسفل، إلى المثانة (Bladder)، ويتجمع فيها بشكل مؤقت، وهي تقع في القسم الأسفل الأمامي من البطن. ومن وقت لآخر يتم طرح البول المتجمع إلى خارج الجسم عبر قناة أخرى اسمها الإحليل (Urethra).

إن هذا الجهاز، بدءاً من الكليتين حتى فوهة الإحليل الخارجية، يعرف باسم جهاز

كيف يعمل جهاز البول



كيف تعمل الكليتان؟

في قشرة الكلية، يمر الدم عبر الكبيبات، فترشح سائلاً يحوي الغذيات والفضلات، ثم يعبر هذاالسائل إلى لب الكلية عبر أنابيب رفيعة، فتقوم الأوعية الدموية بإعادة امتصاص الغذيات منه، وترجعها إلى الدم، ثم يواصل هذا السائل الجريان إلى الحالب، ثم إلى المثانة.

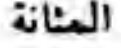




الحالب
المثانة
الإحليل

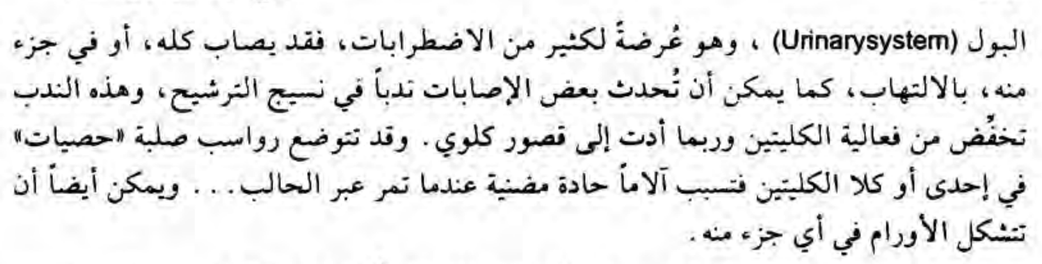
المسالك البولية عند الذكر والأنثى

يختلف الجزء السفلي من جهاز البول عند الذكر عنه عند الأنثى. فالإحليل عند الذكر أطول من الإحليل عند الأنثى (25 سم للذكر ـ 2,5 للأنثى). وهو ينقل النطاف الذكرية بالإضافة إلى البول، وبما أن فوهة الإحليل عند الأنثى قريبة جداً من فتحة الشرج ومدخل المهبل، فإن السبيل البولي عندها أكثر عرضة للأخماج منه عند الرجل.



المثانة

يتجمع البول في المثانة، وهي ذات جدران ليفية مرنة تتمدد بشكل كبير عندما تمتلىء بالبول، وتتقلص إرادياً لطرح البول عبر الإحليل إلى خارج الجسم، يوجد صمام عند فتحة كل حالب على المثانة بمنع عودة البول إلى الحالب.



البول (Urinarysystem) ، وهو عُرضةً لكثير من الاضطرابات، فقد يصاب كله، أو في جزء منه، بالالتهاب، كما يمكن أن تُحدث بعض الإصابات تدباً في نسيج الترشيح، وهذه الندب تخفِّض من فعالية الكليتين وربما أدت إلى قصور كلوي. وقد تتوضع رواسب صلبة «حصيات» في إحدى أو كلا الكليتين فتسبب آلاماً حادة مضنية عندما تمر عبر الحالب. . . ويمكن أيضاً أن تتشكل الأورام في أي جزء منه.

إن تركيب المسالك البولية عند المرأة، مختلف قليلاً عما هو عليه عند الرجل، بسبب الروابط المتقاربة مع الجهاز التناسلي. سندرس هنا ما يصيب المسالك البولية عموماً من أمراض، أما ماله علاقة بمشكلات خاصة بأحد الجنسين فسندرسه في أقسام منفصلة (راجع المشاكل الخاصة بالرجال (ص 751) والمشاكل الخاصة بالنساء (ص 769)).

- 1 -
الأخماج والالتهابات والأذيات (Infections, inflammations and injuries)

لا توجد أية أحياء مجهرية (Microorganisms) (جراثيم أو غيرها) في المسالك البولية السليمة عند أي إنسان، ولذلك يكون البول عقيماً وخالياً من الأحياء المجهرية. تصل بعض الجراثيم إلى هذه المسالك البولية وتنمو فيها مسببة الإنتانات، وذلك من خارج الجسم، عن طريق فوهة الإحليل (فوهة التبول الخارجية) وتصعد خلاله إلى المثانة، أو ربما تصل إلى الكليتين من التهابٍ ما حدث في مكان آخر من الجسم وقام الدم بحمل هذه الجراثيم من هذا المكان الملتهب إلى الكليتين، ثم تنزل تلك الجراثيم من الكليتين باتجاه الحالب والمثانة. وفي كلا الحالتين، حالما تصل الجراثيم إلى جهاز البول فإنها تتكاثر وتنتشر فيه مما يؤدي إلى أخماج ووذمات وخلل في وظائفه الطبيعية.

إن إصابة الكلية نفسها بالخمج يؤدي إلى ما يسمى التهاب الكلية وحويضتها، حيث قد تكون هذه الإصابة إما حادة، مما يعني أنها حصلت بسرعة وعنف، أو تكون مزمنة، وفي هذه الحالة يتكرر وقوعها لعدة سنوات وتكون أقل شدة. وقد يصيب الخمج المثانة نفسها فيحدث فيها ما يسمى التهاب المثانة (Cystitis) أو ربما يصيب الإحليل فيدعى التهاب الإحليل. وسنشرح هنا الالتهاب الكلوي الذي يؤثر على الكبيبات أو وحدات الترشيح الدقيقة للكلية، وسنشرح لاحقاً المتلازمة الكلائية (ص 921) والتهاب كبيبات الكلية عند الأطفال (ص 920).

إن الضرر الذي يلحق بالكلية نتيجة ضربة أو جرح ليس أمراً شائعاً لأن مثل هذه الأعضاء محشورة بعيداً داخل البطن ومحمية بالقفص الصدري، وكذلك الأمر بالنسبة للمثانة التي تقع بشكل محمي داخل عظام الحوض أو الورك، لذلك فإن جهاز البول، عادة، لا يتضرر بالحوادث الطارئة إلا عندما تكون حوادث خطيرة.

التهاب الكلية والحويضة الحاد (Acute pyelonephritis)

التهاب الكلية والحويضة الحاد هو عبارة عن خمج كلوي مفاجئ يصيب بشكل رئيسي النسيج الذي تنطمر ضمنه وحدات الترشيح الصغيرة التي تسمى الكبيبات الكلوية (Glomeruli)، وهذا يحصل عندما تنتقل العوامل الخامجة الموجودة في مكان آخر من الجسم إلى الكليتين بواسطة الدم. لكن في أغلب الأحوال تصل الجراثيم الخامجة إلى الكلية عن طريق فوهة الإحليل (Urethra) ، إذ أن إهمال النظافة والعناية الصحية في هذه المنطقة (خاصة عند الرجال غير المختونين) يمكن أن يفسح المجال لدخول الجراثيم إلى الإحليل وانتشارها عبر المثانة صعوداً نحو الحالبين (Ureters) ثم الكليتين (Kidneys) ، وهذا ما يحدث عادةً إذا كان تدفق البول الطبيعي معرضاً للحصار الجزئي لأي سبب كان (أي عدم المقدرة على طرح كامل البول

من المثانة وبقاء بعضه فيها)، حيث أن الجراثيم تنمو في كمية البول المتخلفة في المثانة نتيجة الإحصار، ولا تنجرف إلى الخارج بسهولة مثلما يحدث عندما يتدفق البول بحرية. ورغم أن هذه الآلية تفسر بعض حالات التهاب الكلية والحويضة الحاد، إلا أن هذا الالتهاب ربما يصيب أي شخص سليم دونما سبب ظاهر.

الأعراض: العرض الأول، في معظم الحالات، هو حدوث ألم شديد ومفاجئ في الظهر، فوق الخصر مباشرة، وعلى جانبي العمود الفقري، ورغم أن الكليتين قد تكونان مصابتين إلا أن الألم يكون عادة أسوأ في أحد الجانبين من الجانب الآخر، وينتشر في المنطقة المجاورة نزولاً نحو المغبن، وترتفع حرارة المصاب سريعاً، وغالباً ما تصل إلى [40 درجة] مئوية. وربما يسبب ذلك قشعريرة أو ارتعاشاً يصحبه غثيان وإقياء أحياناً، وقد يشعر المصاب أيضاً بعسر التبول أو بصعوبة أو بألم أثناء التبول. كما أنه يشعر، على الأرجح، بالحاجة للتبول باستمرار حتى عندما تكون المثانة خالية من البول، ويكون البول بحد ذاته عكراً وربما مصطبغاً بحمرة خفيفة إذا تسرب إليه قليل من الدم.

المضاعفات: التهاب الكلية والحويضة الحاد، حالة شائعة خاصة لدى النساء، ويعزى ذلك إلى أن الإحليل عندهن أقصر مما هو عليه عند الرجال وإلى أن مكان فوهة الإحليل واقعة في منطقة حساسة تتطلب مزيداً من العناية بنظافة وصحة المنطقة بالمقارنة مع مكان وقوع تلك الفوهة عند الرجال، علماً أن الحالات المختلفة التي تخفض من تدفق البول قد تجعل المرء أكثر عرضة للإصابة بهذا الالتهاب، كحالة الحمل مثلاً التي تضغط فيها الرحم المتضخمة على الحالبين، أو حالة وجود حصيات كلوية (ص 655) أو ورم في المثانة (ص 654) أو ضخامة في غدة البروستات (Prostate) (ص 757) وغيرها.

إن حدوث المضاعفات مع تطبيق المعالجة السريعة أمر مستبعد، لكن عند الصغار والمنهكين فإن الخمج قد ينتشر إلى الدم وقد يؤدي إلى انسمام دموي.

العلاج: عند الإصابة بأعراض التهاب الكلية والحويضة تصبح استشارة الطبيب ضرورية دونما تأخير. وفي معظم الحالات لا يحتاج علاج الحالة لأكثر من استعمال المضادات الحيوية (Antibiotics) وأحياناً يضاف لها مركبات السلفا (Sulfa) ومسكنات ألم وخافضات حرارة عن طريق الفم مع الراحة التامة في السرير وشرب مقادير زائدة من السوائل ولاسيما الماء، حيث قد تتراجع الهجمة الحادة خلال يوم واحد أو يومين. وبعد الشفاء ربما يطلب الطبيب إجراء بعض الفحوصات المخبرية للدم والبول، وإجراء صور شعاعية للكليتين، وتنظير المثانة (Cystoscopy) حسبما يرى ذلك ضرورياً. ولكن بشكل عام، لا يلجأ الطبيب لكل هذه الفحوصات والاختبارات إذا كان المريض بالغاً ومعافى وكانت الهجمة الالتهابية هي الأولى. أما بالنسبة للأطفال والأشخاص الذين تعرضوا لهجمات سابقة من هذا المرض

فإن تلك الاختبارات ضرورية لتحديد وجود أية مشكلات كامنة، وبغية اتقاء الأذية المديدة في الكليتين.

في بعض الحالات الصعبة يدخل المريض إلى المستشفى بحيث يمكن إعطاء الأدوية والسوائل عن طريق الوريد (Intravenously) (مع السيروم). وبشكل عام تُوقِف المضادات الحيوية تطور الخمج في غضون (24 ـ 48) ساعة، ورغم ذلك فإن المعالجة قد تستمر لمدة (14) يوماً، أو أطول من ذلك في بعض الحالات.

التهاب الكلية والحويضة المزمن (Chronic pyelonephritis)

الالتهاب المزمن للكلية وحويضتها هي حالة تنجم، عادةً، عن إصابات التهابية متكررة أو غير ملحوظة في مجرى البول، وتحدث على مدى عدة سنوات. تبدأ الإصابة، في معظم الحالات، في مرحلة الطفولة وتستمر، من دون أن تلاحظ، حتى الكبر، وبعد عدة سنوات تظهر أعراض مشكلة الكلية بما في ذلك القصور الكلوي (راجع التهاب كبيبات الكلية عند الأطفال ص 920). عادةً، تصل الجراثيم الخامجة إلى المسالك البولية عبر نهاية الإحليل المفتوحة على الوسط الخارجي. وبشكل عام تنحصر هذه الأخماج في الأجزاء السفلية للمسالك البولية (راجع التهاب المثانة ص 649) لأن اتجاه جريان البول يمنع الجراثيم من الانتشار نحو الأعلى. عند التبويل تتقلص المثانة وتعصر البول نحو الخارج باتجاه الإحليل... وفي نفس الوقت، تعمل عضلة المثانة كصمام فتغلق الحالبين اللذين يدخلانها، لمنع البول من الرجوع نحو الحالبين إلى الكليتين. لكن في بعض الأحيان لا يعمل هذا الصمام بشكل مناسب فيتجه قليل من البول نحو الحالبين (Ureters) بالإضافة إلى البول الذي يتجه نحو الإحليل. هذا الجريان ذو الاتجاهين يعرف بالجَزْر (Reflux) . فإذا حدث ذلك وكانت المثانة ملتهبة والبول ضمنها مجرثماً فربما تتجه الجراثيم نحو الكليتين ويلتهب الحالبان.

إن كلاً من الالتهابات المتكررة وجزر البول هما المسببان لمعظم حالات الالتهاب المزمن للكلية وحويضتها.

الأعراض: نادراً ما تظهر أعراض التهاب الكلية وحويضتها المزمن، إلى أن تستقر الحالة جيداً، ومع هذا، ربما تظهر إشارات مبكرة لحالة قصور كلوي مزمن (ص 659)، أو ربما تظهر حكة جلدية أو تعب أو غثيان، تزداد وضوحاً بمرور الوقت. وفي بعض الحالات ربما تكتشف، صدفةً، إصابة الكلية بالالتهاب المزمن والقصور الكلوي أثناء إجراء فحوصات واختبارات مختلفة لأسباب أخرى لا علاقة لها بالكلية.

المضاعفات: الخطر الرئيسي لالتهاب الكلية والحويضة المزمن هو احتمال تطور هذه الحالة بشكل بطيء وهادئ ودون أعراض إلى أن تؤدي لقصور كلوي مزمن. فإذا تكررت

الإصابات البولية الخفيفة أو أية أعراض لقصور كلوي مزمن، فيجب استشارة الطبيب. في هذه الحالة ستكون الفحوصات التشخيصية، عادةً، هي نفس تلك المجراة في حالة الالتهاب الكلوي الحاد المشروحة في البحث السابق، وربما تضمنت فحوصات للبول والدم وصورة الحويضة الوريدية وتنظير المثانة.

العــلاج:

العلاج الذاتي: عند الإصابة بالتهاب الكلية وحويضتها المزمن، من دون وجود أعراض، ربما ينصح الطبيب بشرب الكثير من السوائل وتجنب أكل كميات كبيرة من البروتين والملح وربما يقترح أيضاً إجراء فحوصات للدم كل (6 ـ 12) شهراً لتقصي الخلل.

العلاج الاختصاصي: يعتمد العلاج على المرحلة التي تم اكتشاف المرض فيها، وبالرغم من أن إجراء عملية لإصلاح آلية الصمام الخاطئة في المثانة ضرورية عند الأطفال في بعض الأحيان، لكنها تكون، عادةً، غير مفيدة عند الكبار. أما إذا تبين وجود حصيات بالكلية فلا بد من علاج هذه المشكلة. وينصح المصاب بتناول المضادات الحيوية (Antibiotics) لفترة قصيرة عند كل هجمة التهاب جديدة. وبسبب التحسن البطيء لالتهاب الكلية وحويضتها المزمن فإن بعض الأطباء ينصحون مرضاهم بتناول جرعة صغيرة من المضادات الحيوية، ولمدة ستة أشهر إلى سنتين، لعلاج الحالة وجعل البول خالياً من الجراثيم.

التهاب كبيبات الكلية (Glomerulonephritis)

تستعمل عبارة التهاب كبيبات الكلية للدلالة على أمراض عديدة تتعلق ببعضها البعض وتضر بالكبيبات (Glomeruli) (وحدات الترشيح الصغيرة في الكليتين)، ويكون الضرر نتيجة التهاب (Inflammation) سببته بروتينات شاذة محتجزة في الكبيبات.

في الكلية السليمة، يمر الدم عبر الكبيبات، وهي ترشح منه بعض المواد الكيميائية، ولكن ليست جميع هذه المواد فضلات ضارة يجب التخلص منها وطرحها مع البول، لذلك يتم، في إحدى المراحل، إعادة امتصاص أغلب الماء الراشح إضافة لبعض المواد الكيميائية (كالغلوكوز ـ Glucose) المفيدة للجسم وإعادتها إلى مجرى الدم. ويتم جمع الفضلات المتبقية بشكل بولٍ وتمريرها إلى الحالب ثم المثانة حيث يتم تجميعها لحين التبول.

في حالة التهاب كبيبات الكلية، تنعكس الآلية المشروحة سابقاً بسبب تأذي الكبيبات وعدم مقدرتها على القيام بعملها، وأوضح خلل على ذلك، عادةً، هو تسرب خلايا الدم الحمراء بشكلٍ ما عبر الكبيبات إلى البول.. وتمر أيضاً بعض البروتينات من الدم إلى البول، فإذا كان هذا الفقدان كبيراً، وهذا ما يحصل عادةً عند الأطفال، فإنه يسبب مرضاً يدعى

المتلازمة الكلائية (ص 921)، فإذا تأذت الكبيبات أكثر فأكثر تصبح الكلية المصابة أقل فاعلية من حيث كونها جهاز ترشيح ومنظم للمحتويات الكيميائية في الدم، فتتراكم الفضلات فيه ويحدث قصور كلوي (ص 658).

يمكن أن يحدث التهاب كبيبات الكلية بأشكال خفيفة أو حادة، فهو ربما يكون حاداً ويتطور خلال عدة أيام، أو ربما يكون مزمناً ويستغرق أشهراً أو سنوات ليتطور.

الأعراض: لا توجد أعراض ظاهرة في حالات التهاب كبيبات الكلية المزمن الخفيف، وربما يلاحظ الطبيب الحالة فقط عندما يتم فحص عينة من البول لسبب آخر. وفي حالات أخرى ربما يأخذ البول لوناً دخانياً بسبب احتوائه كميات قليلة من الدم، كما قد يكون أحمر لامعاً مما يدل على وجود كميات أكبر من الدم فيه.

في الحالات الشديدة من التهاب كبيبات الكلية الحاد، يشعر المصاب، عادة، أنه على غير ما يرام، وبدوخة وغثيان وإقياء، وربما تصبح كمية البول المطروحة قليلة، فيتجمع الماء في أنسجة الجسم فيبدو الإنسان كأنه قد تورم (يحدث عنده وذمة عامة في جسمه)، ويمكن ملاحظة ذلك من انتفاخ المنطقة حول الكاحلين، وإذا تجمع السائل في الصدر والرئتين، فسيعاني المصاب من ضيق التنفس.

المضاعفات: ليس التهاب كبيبات الكلية مرضاً شائعاً عند الكبار، ولكن (60%) من الناس المصابين بالقصور الكلوي في مرحلته الأخيرة، قد كانوا مصابين بالتهاب كلوي مزمن منذ عدة سنين (ص 661)، في حين أن الشكل الحاد من هذا الالتهاب ظاهرة شائعة عند الأطفال (ص 920). أعظم خطر بين كل أشكال التهاب كبيبات الكلية هو أنه ربما يؤدي إلى قصور كلوي مزمن، وربما يؤدي أيضاً إلى ارتفاع ضغط الدم (ص 463) حيث أن الكليتين تلعبان دوراً رئيسياً في تنظيم ضغط الدم في جسم الإنسان.

العلاج: تجب مراجعة الطبيب في حالة الشك بالإصابة بالتهاب في الكليتين وهو سيطلب إجراء فحص للبول وصورة للكليتين والحالبين والمثانة، وقد يجد من الضروري أخذ خزعة صغيرة من الكلية لفحصها بدقة لمعرفة مدى الضرر الذي أصاب الكبيبات.

لا تحتاج أشكال عديدة من التهاب كبيبات الكلية، الخفيفة، إلى أي علاج، وتعالج الأشكال الأخرى بعقاقير ستيروئيدية (Steroid) (راجع التعريف ص 9) أو بعقاقير سامة للخلايا. في حالة المعاناة من احتباس البول في الجسم (استسقاء) (Edema) ربما يصف الطبيب دواءً مدراً للبول، بحيث تزداد كمية البول المطروحة وتزداد مرات التبول. وفي حالة الإصابة بارتفاع ضغط الدم فيجب أيضاً معالجة ذلك، وربما يصف الطبيب دواءً داعماً من الڤيتامينات (Vitamins) والحديد إذا وجد حاجة إلى ذلك، بسبب فقر الدم الناتج عن الإصابة، أما إذا أدى التهاب كبيبات الكلية في مرحلته الأخيرة إلى قصور كلوي فيجب معالجة القصور (ص 661).

خزعة الكلية

أثناء نزع خزعة الكلية، ينبطح المريض على بطنه، ويتم تبنيج مساحة من الجلد والعضلات بجانب العمود الفقري وما فوق الكلية، ببنجٍ موضعي، ثم يقوم الطبيب بتمرير إبرة خاصة مجوفة عبر المسافة المبنجة، في نسج الظهر، وصولاً إلى الكلية الموؤفة، ويسحب جزءاً صغيراً منها كعينة لإجراء تحاليل وفحوص مخبرية ونسيجية عليها.

التهاب الإحليل (Urethritis)

الإحليل هو القناة التي يمر عبرها البول من المثانة إلى الوسط الخارجي. تصاب هذه القناة بالخمج بسبب دخول الجراثيم من فوهة الإحليل باتجاه الداخل، فتحدث التهاباً يسمى التهاب الإحليل. تتضمن الأعراض النموذجية لهذه الإصابة، الشعور بالألم في الإحليل (خاصة أثناء التبول)، وتبول متكرر، حيث يتبول المصاب مرات كثيرة، وتكون كمية البول قليلة في كل مرة، مع نجيج من فوهة الإحليل إلى الخارج.

يحدث التهاب الإحليل عند النساء، عادة، بسبب خدوش أثناء الجماع (راجع التهاب الإحليل المزمن ص 798)، وتسببه عند الرجال، غالباً، عدوى ناتجة من اتصال جنسي مع امرأة مصابة بخمجٍ تناسلي. (راجع التهاب الإحليل عند الرجال ص 762).

إن أهم مرضين ينتقلان بواسطة العلاقة الجنسية ويسببان التهاب الإحليل هما: التهاب الإحليل اللانوعي (ص 816) والسَّيَلان (ص 815).

التهاب المثانة (Cystitis)

يؤدي وصول الجراثيم إلى المثانة لالتهابها. والمثانة، كما هو معروف، تمثل مستودعاً يتجمع فيه البول بشكل مؤقت، ثم يتم تفريغه بانتظام إلى الوسط الخارجي عبر الإحليل، مع العلم أن أهم طريق لوصول الجراثيم إلى المثانة هو طريق الإحليل.

يصيب التهاب المثانة النساء أكثر من الرجال بكثير لأن الإحليل عند المرأة أقصر منه عند الرجل، وفوهته الخارجية تقع في منطقة تحتاج لكثير من الاهتمام والرعاية بنظافتها وصحتها، فإذا تواجدت العوامل الخامجة عند تلك الفوهة كان طريقها إلى المثانة قصيراً وسريعاً. أما عند الرجال فإن التهاب المثانة قليل الحدوث إلا إذا كان الرجل مصاباً بضخامة البروستات (Prostate) أو بشذوذ آخر في المجاري البولية.

الأعراض: العرض الرئيسي لالتهاب المثانة هو الحاجة الملحة المتكررة للتبول، على الرغم من ذلك فإن المريض يطرح في كل مرة كمية قلية من البول، قد يكون مدمى وذا رائحة

كريهة. ويترافق إفراغ البول عادة بالشعور بحرقة أو لسع في الإحليل، وربما بانزعاج، مباشرة تحت السرة، حيث تتوضع المثانة، وقد يُصاب المريض أيضاً بالحمى (ارتفاع الحرارة).

العلاج: يساعد شرب مقادير كبيرة من الماء على تخفيف الأعراض، ولكن تتوجب استشارة الطبيب، الذي يصف مضادات حيوية (Antibiotics) ، فتتحسن عادة، الحالة سريعاً، على أنه يجب متابعة العلاج حتى حدوث الشفاء التام. راجع التهاب المثانة لدى النساء (ص 796) والأخماج البولية عند الأطفال (ص 919).

تأذي الكليتين أو الحالبين (Injury to kidneys or ureters)

السبب الأكثر احتمالاً لأذية الكليتين أو الحالبين (وهما القناتان اللتان تنقلان البول من الكليتين إلى المثانة) هو إما ضربة مباشرة توجه إلى جانب الجسم تحت الأضلاع تماماً (نتيجة ضربة كرة أو حجر مثلاً) أو بسبب قوة هارسة (نتيجة الاحتجاز تحت الأنقاض مثلاً)، أو بسبب اختراق جسمٍ ما للمنطقة (سكين أو رصاصة مثلاً). ففي أي من الاحتمالات السابقة، ربما تصاب الكلية أو غلافها بخدش أو جرح أو ربما يتمزق الحالب، وفي بعض الأحيان تتشكل خثرة دم كبيرة تحت غلاف الكلية فتؤدي إلى تشكل كتلة عليها يمكن تحسسها من خلال الجلد أحياناً. وفي حالات أخرى يتسرب الدم أو البول إلى البطن، من خلال تمزق طارئ، ربما يسبب التهاب الصفاق (ص 594).

الأعراض: إن أية إصابة خفيفة للكلية أو الحالب قد تسبب ألماً حاداً أو إيلاماً باللمس أو الضغط في القسم الأسفل من الظهر، وربما ارتفعت درجة حرارة المصاب قليلاً، وكذلك يحمل البول كمية من الدم قد لا يلاحظها المصاب إلا بعد مرور يوم أو يومين على الإصابة.

عند الشعور بآلام حادة في منطقة الكلية، مع وجود كميات كبيرة من الدم في البول، تكون، غالباً، الإصابة خطيرة في إحدى أو كلا الكليتين أو في الحالبين، لذلك يتوجب استشارة الطبيب فوراً، وبشكل خاص، فإن البول المدمىٰ هو عرض لحالات خطيرة يجب عدم إهمالها واستشارة الطبيب فوراً حين حدوثها.

العلاج: إن مقدرة الكليتين والحالبين على الالتئام الذاتي كبيرة جداً، ولذلك لن يحتاج المصاب، غالباً، لأكثر من استراحة مطلقة في السرير لمدة عشرة أيام، حيث يوضع تحت المراقبة الطبية المستمرة للتأكد من عدم وجود نزف دموي داخلي، مع استعمال مسكنات الألم. وبعد ثلاثة شهور من وقوع الحادثة ينصح الطبيب بأخذ صورة للحويضة والحالب للتأكد من عدم وجود إصابة أو عطب دائم.

أما إذا لم يتم التئام الكلية أو الحالب بعد أسبوع، تقريباً، مع الاستراحة في السرير، أو كانت الإصابة كبيرة وخطرة فإنه ربما يكون من الضروري استئصال الكلية كلياً، أو إصلاح

الحالب الممزق بإجراء عملية جراحية، مع العلم أن عملية استئصال الكلية ليست معقدة وأنه يمكن العيش حياة طبيعية بكلية واحدة فقط.

تأذي المثانة أو الإحليل (Injury to bladder or urethra)

تقع المثانة أسفل وداخل البطن، لذلك فهي محمية بشكل طبيعي من الإصابات، وتضررها يكون، عادةً وبشكل عام، بسبب ضربة مباشرة على عظم الحوض تؤدي إلى تفتيت حاد للعظام وتمزق جدار المثانة. فإذا تمزق جدار المثانة فإن البول سوف يتسرب إلى جوف البطن، مما يؤدي إلى نتائج خطيرة.

إن تمزق الإحليل (الذي هو عبارة عن قناة تنقل البول من المثانة إلى الوسط الخارجي) إصابة شائعة عند الرجال أكثر منها عند النساء، ويسببه عادة السقوط أو الصدمات. أما عند المرأة فإن الإحليل قصير ولذلك فإن إصابته نادرة.

الأعراض: يسبب تمزق المثانة آلاماً حادة في البطن ربما تؤدي إلى أعراض صدمة (ص 467) كما أن إصابة الإحليل مؤلمة جداً ويتبعها عادة عدم القدرة على التبول، وتؤدي أحياناً، إلى طرح كمية من الدم مع البول تتباين حسب شدة الإصابة.

المضاعفات: عندما تتمزق المثانة، فإن البول يتسرب منها إلى جوف البطن ويسبب التهاب الصفاق (ص 594)، لذلك لا يخلو تمزق المثانة من خطورة محتملة وتتطلب الحالة معالجة خاصة وفورية في المستشفى. أما إصابة الإحليل فإنها من غير المحتمل أن تؤدي إلى التهاب الصفاق، ولكنها بالنسبة للرجل ستؤدي إلى تضيق مكان الالتئام (ص 763) وهذا بحد ذاته لا يخلو من خطورة وإزعاج.

العلاج: بعد الدخول للمستشفى (بحالة إسعاف) على أثر الإصابة في المثانة أو الإحليل، سيوضع المصاب تحت المراقبة وسيُعطى مضادات حيوية لمنع حدوث أي التهاب، وإذا تبين أن المثانة قد تمزقت فإنه سيحتاج إلى عملية جراحية عاجلة لإصلاح التسرب وتنظيف التجويف البطني من البول الذي تسرب إليه. أما إذا تضرر الإحليل فقط، فإنه سيحتاج إلى قثطرة أو إدخال أنبوب عبر الاحليل إلى المثانة، وتركه لعدة أيام يلتئم أثناءها الإحليل من نفسه، فإذا لم يحدث ذلك فربما تكون الحاجة لعملية جراحية أمراً ملحاً لإصلاح الضرر الواقع.

ـ 2 ـ
الكيسات، الأورام، والحصيات (Cysts, tumors and stones)

يمكن أن يصاب المجرى البولي بثلاثة أنواع من النموات، وهي الكيسات والأورام والحصيات. تكون الكيسات عادة عبارة عن تجاويف طرية مملوءة بسائل، وتكون الأورام أكثر

صلابة منها، ويمكن لكل من الكيسات والأورام أن تكون سليمة لا يحتمل انتشارها، أو تكون خبيثة (Malignant) يحتمل انتشارها وتهديدها للحياة، وهذه الحالة أقل شيوعاً من الأولى. أما النوع الثالث من النمو، وهو الأكثر شيوعاً، فهو تشكل الحصيات في الكلية أو في المثانة. ومع أن هذه الحصيات قد تسبب الكثير من الإزعاج فهي نادراً ما تكون مهددة للحياة.

الكيسات الكلوية (Kidney cysts)

هناك نوعان من كيسات الكلية، الأول: كيسة مفردة مملوءة بسائل تنمو في الكلية بدون سبب معروف، وهذا النوع ينمو ببطء على مر السنين ومن غير المحتمل أن يسبب مشاكل ما لم يتشكل سرطان (Cancer) على جداره (يتسرطن)، وهذا نادراً ما يحدث. والنوع الثاني هو الذي يسببه اضطراب وراثي يدعى الداء الكلوي المتعدد الكيسات (Polycystic disease) ، ويكون خلقياً أو ينشأ عند الولادة، في هذه الحالة تنمو في الكليتين عدة كيسات مملوءة بسائل ومن أحجام مختلفة، وهو مرض غير مدمر ولا يسبب مشاكل أساسية.

الأعراض: لا تسبب الكيسة، الوحيدة الصغيرة أو متوسطة الحجم، أية أعراض تذكر، ولكن عندما تنمو وتصبح بحجم كبير، فإنها تسبب ألماً في الجزء الأسفل من البطن. في هذه الحالة، عندما يضغط المصاب بإصبعه على أسفل البطن، فإنه يشعر بين حين وآخر بكتلة طرية متواجدة هناك. أما مرض كثرة الكيسات فإنه يسبب، بين حين وآخر، نزفاً دموياً في الكلية يظهر على شكل بول مدمى (دم في البول)، أو يسبب هجمات متكررة من التهاب الكلية والحويضة المزمن (ص 646). ومع ذلك، وفي أغلب الأحيان، فإن المرض يكون عديم الأعراض ما لم تكن الكيسات ذات أحجام كبيرة وتحل مكان نسج الكلية الطبيعية، مما يؤدي إلى قصور كلوي مزمن (ص 659)، وعند هذه النقطة تبدأ أعراض القصور الكلوي بالظهور.

إن اكتشاف وجود كيسات الكليتين غالباً ما يظهر عند فحص الكليتين لسبب آخر، فالعديد من الناس لديهم هذه الكيسات دون أن يعلموا بها، ومع هذا فإن مرض كثرة الكيسات نادر جداً، وهو لا يسبب أكثر من (2%) من حالات القصور الكلوي المزمن.

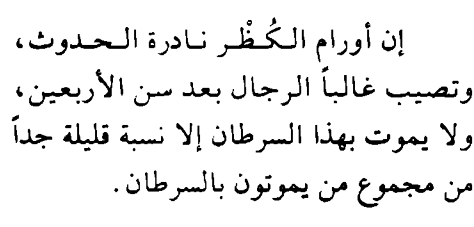
المضاعفات: الخطر الوحيد للكيسة المفردة هو أنه ربما تتطور إلى ورم خبيث (Malignancy) ، وهذا نادر جداً. أما الداء الكلوي المتعدد الكيسات فربما يؤدي إلى قصور كلوي مزمن، ولكن هذا نادر الحدوث أيضاً.

العلاج: تكتشف كيسة الكلية المفردة، عادة، صدفة أثناء إجراء فحوصات أخرى، وفي هذه الحالة، وبسبب احتمال خفيف لوجود خلايا سرطانية في الكيسة، فإن الطبيب يطلب إجراء فحوصات إضافية، كدراسة بالأمواج فوق الصوتية (Ultrasound) ، وفحص مدى شفافية السائل

في الكيسة، مما يستدعي وخزها بإبرة وسحب قليل من السائل الموجود داخلها وفحصه. هذا الإجراء يتم، عادة، دون ألم وبتخدير موضعي. فإذا أظهرت فحوصات الخلايا الموجودة في السائل أنها طبيعية وكانت الكيسة لا تسبب أية مشاكل للمصاب، فإن الطبيب لن يقدم لمريضه أي علاج على الإطلاق. أما إذا كانت الكيسة كبيرة ومؤلمة، أو إذا تبين أنها متسرطنة أو في طريقها إلى التسرطن، فلا بد من إجراء عملية جراحية وإزالة الكلية المصابة بكاملها، وهذه عملية بسيطة، مع العلم أن الإنسان يستطيع أن يعيش حياة طبيعية بكلية واحدة، حيث تستطيع هذه الكلية، وببساطة، أن تقوم بكل الأعمال المطلوبة منها لاستمرار حياة الإنسان بشكل طبيعي. أما إن اكتشف الطبيب صدفة أثناء الفحص لمرض آخر وجود إصابة بالداء الكلوي المتعدد الكيسات، أو إذا كان المريض من عائلة تنتشر فيها هذه الإصابة، وكان يقوم بفحوص دورية للتأكد من عدم إصابته بهذا المرض ثم اكتشف الطبيب نمو كيسات صغيرة لديه، فإن العلاج في المراحل المبكرة ربما يكون له نتائج جيدة في وقف تطور الحالة نحو الأسوأ، مع العلم أنه ليس من علاج خاص لهذا المرض.

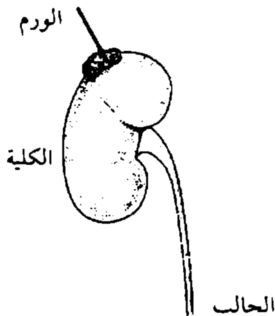
أورام الكلية (Tumors of the kidney)

هناك نوعان أساسيان لأورام الكلية كلاهما خبيث (أو أنه من المحتمل أن ينتشر ويهدد الحياة)، ولكن واحداً منهما فقط يصيب الكبار، ويُعرف هذا النوع باسم الورم الكُظْري (الكظراني) (Hypernephroma) ، ويتشكل على طرف الكلية نتيجة لتكاثر عشوائي لخلية شاذة تبدأ بالتضاعف حتى تصبح ذات حجم كبير، آكلة نسيج الكلية السليم، في حين أن عمل الكلية، كجهاز ترشيح، لا يتأثر إلا في مرحلة متأخرة جداً من المرض، ولذلك يندر حدوث قصور كلوي (ص 658). غالباً، لا يكتشف الورم بحد ذاته إلا بعد أن يسبب أعراضاً عامة مثل ارتفاع الحرارة بشكل دائم، وفقدان الشهية للطعام، ونقص الوزن، وربما عانى المصاب من إقياءات وآلام خفيفة في البطن، وربما كان البول أحمر أو ذا لون دخاني بسبب احتوائه على الدم النازف من الورم.



إن أورام الكُظْر نادرة الحدوث، وتصيب غالباً الرجال بعد سن الأربعين، ولا يموت بهذا السرطان إلا نسبة قليلة جداً من مجموع من يموتون بالسرطان.

أما النوع الثاني من أورام الكلية فيعرف باسم ورم ويلم (Wilm's tumor) (راجع ص 922) وهو يصيب الأطفال فقط.



تميل الأورام الكلوية للتوضع قرب القمة، حيث تختفي داخل القفص الصدري، وقد لا يكشف الفحص الروتيني مثل هذه الأورام.

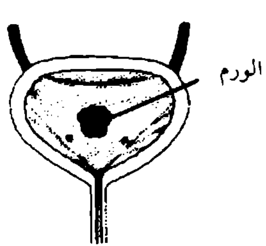
المضاعفات: أهم خطر للأورام الكُظْرانية هو أن بعض خلايا الورم تنفصل عنه، ويحملها الدم معه، ثم تستقر في أجزاء أخرى من الجسم مثل الرئتين والعظام بشكل خاص. ومع هذا فإن الأورام الكُظْرية تتطور بسرعة أقل من عدة أنواع أخرى من السرطان، ويمكن الوصول إلى شفاء طويل الأمد إذا تم اكتشاف الورم واستئصاله في مرحلة مبكرة.

العلاج: في حال الشك بوجود مشكلة ما في الكليتين بسبب أن البول قد أصبح معكراً أو مدمى أو لأسباب أخرى، على المريض أن يستشير طبيبه وهو سيجري فحصاً للبول، فإذا شك بوجود ورم في الكليتين فإنه سيحتاج لسلسلة من الفحوصات التشخيصية بما في ذلك صورة الحويضة والحالب داخل الوريد (IVP) (Intravenous pyelogram) وتفريس الكلية بواسطة الأمواج فوق الصوتية (Ultrasound scan) وتصوير طبقي محوري (C.A.T. scan) (راجع التعاريف ص 9). فإذا أظهرت الفحوصات وجود ورم كُظري يجب عندها استئصال الكلية المصابة بعملية جراحية، وتبقى الكلية السليمة الأخرى، وهذه تكفي الإنسان ليعيش بها حياة طبيعية، كما ينصح باستعمال عقاقير مضادة للسرطان (Anticancer) ومعالجة بالأشعة (Radiation therapy) للقضاء على أية بقايا من الخلايا السرطانية. وبعد هذا العلاج يجب إجراء فحوصات دورية لمدة خمس سنوات على الأقل للتأكد من عدم النكس.

أورام المثانة (Tumors of the bladder)

أورام المثانة، مثل غيرها من الأورام، قد تكون سليمة لا تهدد الحياة، أو خبيثة تهدد المصاب بها بالموت، وكلا النوعين يتشكلان من نمو خلايا على حافة المثانة (نمو واحد، في أغلب الأحيان) يبرز نحو الداخل في الفراغ الذي يحوي البول (جوف المثانة). بالإضافة لذلك، تنتشر أورام خبيثة على الغشاء الداخلي للمثانة، وربما، في حالات نادرة، تنتقل إلى أجزاء أخرى من الجسم (عن طريق الدم). إن أي نوع من الورم النامي قرب الحالب (القناة التي تحمل البول من الكلية إلى المثانة) ربما يضغط عليه ويمنع مرور البول فيه، فيتجمع في الكلية مسبباً انتفاخها، وهذه الحالة تسمى استسقاء الكلية، مما يضرُّ بها ويجعلها معرضة لإصابات أخرى (راجع التهاب الكلية والحويضة الحاد ص 644).

الأعراض: الأعراض المميزة لورم المثانة هي وجود الدم في البول، وتكون عملية التبويل غير مؤلمة، وربما شعر المصاب بحرقة، وتكون لديه رغبة بالتبويل لكنه لا يبول إلا كمية قليلة فقط وعلى فترات متقطعة. أما استسقاء الكلية فقد يحدث ألماً في الظهر، وربما يحدث التهاباً في المثانة المصابة (راجع التهاب المثانة ص 649).



إن غالبية أورام المثانة ذات شكل شبيه بالقنبيط وتتبارز من داخل جدار المثانة.

المضاعفات: ليست أورام المثانة شائعة كثيراً، وتصيب، غالباً، الرجال بعد سن الخمسين، ويمكن معالجة النوع السليم منها بسهولة، ولكن النوع الخبيث، ربما يضر بقسم كبير من المثانة. أما إذا انتقلت الخلايا السرطانية إلى أجزاء أخرى من الجسم (الرئة مثلاً) فإن المعالجة ستكون أكثر تعقيداً والشفاء سيكون أبعد منالاً.

العلاج: إذا تغير لون البول أو لوحظ وجود دم فيه يراجع الطبيب فوراً، وهوسيجري فحصاً للبول وللدم، واعتماداً على النتائج ربما سيحتاج المريض لفحوصات تشخيصية أخرى، تتضمن تنظير المثانة (Cystoscopy) وتصوير الحويضة والحالب (IVP) وتصوير المثانة شعاعياً (Cystogram) وإذا تم اكتشاف ورم أو نمو ربما يحتاج الأمر أخذ خزعة (Biopsy) (عينة صغيرة) من الورم وفحصها بدقة لتحديد فيما إذا كانت سليمة أم خبيثة.

المعالجة الاعتيادية لكافة أورام المثانة هي في محاولة تخريبها عن طريق تدميرها وحرقها بأدوات خاصة (مسبر خاص ومنظار المثانة)، حيث يقوم الجراح، وبواسطة منظار ذي عدسات يمرره إلى داخل المثانة، بتخريب الخلايا السرطانية بإجراء يعرف بالصعق الكهربائي (Fulguration)، وعادة تنتهي المشكلة بهذا الشكل، وبعد ذلك لا بد من إجراء فحص كل ستة أشهر، ولمدة ثلاث سنوات على الأقل، للتأكد من أن الورم لم ينكس.

إذا دمر الورم السرطاني جزءاً كبيراً، من المثانة، عندها يكون من الضروري استئصال المثانة بكاملها بواسطة الجراحة، ووصل الحالبين وجعلهما ينفتحان مباشرة على الوسط الخارجي بواسطة فتحة تُحدث في جدار البطن، حيث سيجري البول من خلال هذه الفتحة ويتجمع في كيس خارج الجسم يتم إفراغه بين الحين والآخر (أو تغييره)، وهذا الإجراء غير مزعج كثيراً. وبعد العلمية الجراحية يفضل دائماً إجراء معالجة بالأشعة (Radiation therapy)، وبالعقاقير المضادة للسرطان (Anticancer drugs) لتدمير أية بقايا من الخلايا السرطانية.

حصيات الكلية (Kidney stones)

الكلية هي إحدى أعضاء الجسم القابلة لتشكل حصيات فيها. تبدأ حصية الكلية عادة بذرَّة صغيرة من جسم صلب تتوضع في منتصف الكلية حيث يتجمع البول قبل جريانه في الحالب، وبعد ذلك تبدأ المواد بالالتصاق بهذه الذرة فتكبر شيئاً فشيئاً، وبالتدريج تصبح جسماً صلباً، ربما يتطور، على مدى سنوات، ليصبح قطره (25) ملم أو أكثر، ويمكن أن تحدث هذه العملية في إحدى أو كلا الكليتين. وبما أن معظم حصيات الكلية تحتوي على كالسيوم، لذلك وعلى ما يبدو، أنه من المحتمل أن يكون سبب تشكل الحصية وجود كمية زائدة من الكالسيوم في البول. ومن الملاحظ أن حصيات الكلية تصيب سكان المناطق الحارة أكثر من سكان المناطق الباردة بسبب أن جسم الإنسان، في المنطقة الحارة، يطرح كمية كبيرة من الماء عن طريق التعرق مما يجعل البول أقل كمية وأكثر كثافة، ويحوي على تركيز مرتفع من الكالسيوم المشكل للحصيات،

وهذا بدوره يساعد على تشكل الحصيات. أضف إلى ذلك أن تشكل الحصيات ينتشر بين أفراد بعض العائلات بشكل واضح.

تبقى الحصيات الكبيرة، عادة، محصورة في الكلية لأنها لا تمر عبر الحالب، وهي لا تسبب أية مشكلة إذا كانت وحيدة، وكذلك الأمر بالنسبة للحصيات الصغيرة، حيث نادراً ما تسبب مشاكل، لأنه من السهل أن يحملها البول ويمر بها عبر الحالب إلى المثانة، أما الحصية المتوسطة الحجم فإنها تسبب ألماً مختلف الشدة عندما تدخل الحالب مع البول مروراً إلى المثانة.

الحصاة في الكلية
الحصاة في طريقها عبر الإحليل
الماء في المثانة
الكلية
المثانة
مكان الألم

الألم الناجم عن الحصيات الكلوية

يمكن أن تسبب الحصاة الكلوية ألماً شديداً (القولنج الكلوي) عندما تعبر الحالب متجهة من الكلية إلى المثانة، وهذا قد يستغرق عدة أيام. ويشير موقع الألم إلى مكان الحصاة.

يبدو أن الرجال أكثر استعداداً لهذا الاضطراب من النساء، ومن هم فوق الثلاثين عاماً أكثر استعداداً ممن هم أقل سناً، وفي حالات نادرة ربما تشكلت حصيات كلوية عند بعض الأطفال بسبب وجود خلل كيميائي في دمائهم.

الأعراض: لا يعاني المصاب بحصيات كبيرة محتجزة في الكلية من أية أعراض (بشكل عام). وفي بعض الحالات، تنفصل، عن هذه الحصيات، كتل صغيرة تمر إلى الحالب مسببة ألماً خفيفاً متقطعاً. إن العرض الأكثر شيوعاً بالنسبة للكلية ذات الحصيات هو وخزات من الألم تحدث على شكل نوبات بين كل نوبة وأخرى بضع دقائق، وهذا النوع من الألم يدعى المغص الكلوي أو القولنج الكلوي، وقد يحدث عندما تمر الحصية من الكلية إلى أحد الحالبين، ولكنه يسكن (يخمد) عندما تتوقف عن الحركة أو تنطرح مع البول، ويتركز الألم في جهة الكلية المصابة، فإذا كانت الكليتان مصابتين فإن الألم سيحدث في كلا جانبي الجسم حسب موقع الحصوة المسببة لنوبة الألم.

يمكن الشعور بالقولنج الكلوي، أولاً، في الظهر، تحت الأضلاع تماماً في أحد جانبي العمود الفقري، ويتبع الألم مجرى الحصية أثناء مسيرها عبر الحالب فينتقل (خلال ساعات أو أيام) إلى الجهة الأمامية من الجسم وإلى الأسفل باتجاه المغبن، وربما يشعر المصاب بالغثيان أو يجد آثاراً من الدم في بوله، وبعد أن تصل الحصية إلى المثانة فإنها تتابع سيرها، عبر الإحليل إلى الوسط الخارجي بدون، أو بقليل من الألم.

المضاعفات: عندما تمر الحصية من الكلية إلى الحالب فالمثانة، يعاني المصاب من ألم حاد ربما يضطره إلى طلب العون الطبي الفوري أو دخول المستشفى بحالة إسعاف. وبالرغم من أن معظم الحصيات قد تبقى في الكلية المصابة ولا تسبب ضرراً لها، أو تمر

عبرالحالب وتصل إلى المثانة، إلا أنه، في بعض الحالات، قد تعلق الحصوة في الحالب وتسد مجرى البول في جهة واحدة. تجعل حصيات الكلية الإنسان أكثر عرضة لإصابات جهاز البول، ومن ثم أكثر عرضة لهجمات التهاب حاد في الكلوة وحويضتها، ونتيجة للإصابات المتكررة، ولما تسببه الحصيات الكبيرة من خدوش، في بعض الحالات النادرة، ربما تتطور الحالة إلى قصور كلوي مزمن.

العلاج: عند المعاناة من حصيات كلوية يراجع الطبيب بشكل دوري، مرة في كل ستة أشهر لإجراء الفحوصات اللازمة للتأكد من عدم تطور الوضع نحو الأسوأ. وإن حدثت قولنجات كلوية فعلية فسيطلب الطبيب إجراء مجموعة فحوصات لكي يعرف حجم المشكلة.

العلاج الذاتي: إن عانى المصاب من نوبات تشنج كلوية (قولنجات) فعليه أن يشرب كميات كبيرة من السوائل، على الأقل (8 ـ 10) كؤوس كل يوم، وهذا يساعد على طرح الحصيات (الصغيرة خاصة) عبر المسالك البولية، كما يساعد على منع تشكيل أية حصيات أخرى. ولتخفيف الألم يمكن تناول مسكن مناسب.

العلاج الاختصاصي: لا يوجد دواء ناجع لحصيات الكلية التي لا تمر، من نفسها، إلى الخارج، فإذا تشكلت حصيات مركبة من حمض البول بسبب اضطراب استقلابي فقد يصف الطبيب دواءً يمنع، لدرجة كبيرة، تشكل المزيد من الحصيات، وإذا سببت حصاة ما انسداداً في الثلث الأخير من الحالب، فربما يستطيع الطبيب إزالتها بواسطة تنظير المثانة باستعمال أدوات خاصة، ويتم ذلك بعد التبنيج العام، حيث يدخل الطبيب بالأداة عبر منظار المثانة، إلى المثانة ومنها إلى الحالب وصولاً إلى المكان الذي تحتجز فيه «الحصاة» ثم يسحب الأداة فتخرج «الحصاة» معها.

لقد أصبح من الممكن اليوم تفتيت الحصيات في الكلية بطريقة فنية تدعى التفتيت من خارج الجسم، حيث تستخدم الأمواج فوق الصوتية لتحقيق ذلك، فتتفتت الحصيات إلى أجزاء صغيرة يمكنها المرور، مع البول، من الكلية، عبر الحالب، فالمثانة، إلى الوسط الخارجي. وبهذه الطريقة يتجنب المصاب إجراء عملية جراحية وما يترتب عليها من مضاعفات، وهي طريقة آمنة وخالية من الألم. أما إذا كانت حصاة الكلية قد ألحقت بها أضراراً لا يمكن علاجها فعند ذلك لا بد من استئصال الكلية الموؤفة وستقوم الكلية الأخرى السليمة بعمل الكليتين معاً.

حصيات المثانة (Bladder stones)

في بعض الحالات النادرة تتشكل الحصيات في المثانة، وتكون عادة كبيرة الحجم فتبقى داخل المثانة ولا تطرح إلى الوسط الخارجي مع البول، مما يسبب أعراضاً مزعجة كالحاجة إلى التبويل المتكرر والشعور بالألم عند التبول، ووجود دم في البول، وغالباً يخرج الدم في آخر التبول.

فإذا وجدت في المثانة حصيات كبيرة الحجم لدرجة لا يمكن أن تمر طبيعياً عبر الإحليل (وهو القناة التي تصل المثانة إلى خارج الجسم)، فلا بد من إزالة هذه الحصيات إما بإدخال منظار المثانة (Cystoscope) عبر الإحليل إلى المثانة، والمنظار مزود بجهاز يمكنه من سحب الحصيات إلى الخارج أو من تفتيتها إلى قطع صغيرة يمكن طرحها مع البول، وإما بإجراء عملية جراحية يفتح الجراح فيها المثانة ويخرج الحصاة أو الحصيات.

ـ 3 ـ
القصور الكلوي (Kidney failure)

القصور الكلوي أشكال ثلاثة:

ـ القصور الكلوي الحاد الذي تتوقف فيه وظائف الكلية بشكل مفاجئ، أحياناً، خلال عدة أيام أو عدة ساعات.

ـ القصور الكلوي المزمن الذي يتطور عبر عدة سنوات، وربما لا يؤدي أبداً إلى قصور كلوي فعلي كامل.

ـ القصور الذي يحدث في مراحل القصور الكلوي الأخيرة، وهو أشد إصابات الكلية قساوة، حيث تؤدي الكليتان وظيفتهما بشكل ضعيف جداً لا يكفي للبقاء على قيد الحياة بدون مساعدة آلة صناعية تساعد على طرح البول وتقوم مقام الكلية الطبيعية.

وفيما يلي سندرس هذه الحالات الثلاث بشيء من التفصيل:

القصور الكلوي الحاد (Acute kidney failure)

يحتمل أن تتوقف الكليتان عن العمل فجأة لعدة أسباب أهمها:

ـ العوامل السمية، ورفض الجسم لبعض العقاقير، وبعض الالتهابات أو الأمراض، كالتهاب كبيبات الكلية (ص 647).

ـ انخفاض ضغط الدم بشكل مفاجئ بسبب الإصابة بحروق خطيرة أو نزف شديد (مثلاً)، أو الإصابة بنوبة قلبية رئيسية. وهذه أيضاً كلها عوامل قد تؤدي إلى عدم تزويد الكليتين بكمية كافية من الدم فتتضرران لدرجة تكفي لإصابتهما بالقصور.

ـ ربما أُعيق جريان البول بشكل كامل ومفاجئ بسبب انسداد في مكان ما من المسالك البولية مما يعيق عمل الكليتين وطرح البول.

نتيجة لقصور عمل الكليتين الحادث يتوقف، أو يتباطأ، إفراز البول فتتراكم الفضلات التي كانت تطرح مع البول، في الدم، وكذلك تتجمع السوائل (الماء الذي كانت الكليتان تطرحانه بشكل بول) في الجسم بشكل واضح، وأخيراً يحدث خلل خطير في توازن المواد الكيميائية التي تنظم الكلية تراكيزها في جسم الإنسان.

الأعراض: أكثر الأعراض خطورة هو طرح كمية من البول أقل من الكمية المعتادة، أقل من نصف لتر في اليوم، وبعد فترة قصيرة من حدوث ذلك يبدأ المصاب يفقد شهيته للطعام ويبدأ يشعر بالغثيان ومن ثم يحدث الإقياء، وإذا تأخر العلاج ربما ظهرت أعراض الدوخة والهذيان والاختلاج والغيبوبة، لكن في معظم الحالات تكون أعراض الحالة المسببة للقصور الكلوي الحاد في بداية الأمر أكثر وضوحاً من تلك الناتجة عن القصور الكلوي نفسه.

المضاعفات: إن القصور الكلوي الحاد مرض لا يخلو من الخطورة، لذلك يجب الاهتمام بالحالة وعلاجها فوراً بشكل فعال.

العلاج: إذا أصيب المرء بقصور كلوي حاد فيكون بحاجة إلى علاج فوري وفعال ويفضل أن يكون العلاج في مشفى فيها جناح خاص لمعالجة أمراض الكلى، وإذا لم يكن سبب الإصابة واضحاً، فإنه تُجرى سلسلة مكثفة من الفحوصات التشخيصية بما في ذلك فحص عينات من الدم والبول وتصوير الحويضة والحالب داخل الوريد (IVP)، ومن الممكن أخذ خزعة (Biopsy) من الكلية لإجراء فحص نسيجي عليها. فإذا تبين أن سبب القصور الكلوي الحاد هو حدوث نزف شديد أو الإصابة بنوبة قلبية، فقد تتطلب الحالة علاجاً فورياً للمشكلتين معاً (المرض المسبب للقصور والقصور بحد ذاته). أما إذا أظهرت الفحوصات التشخيصية أن السبب هو انسداد ما في السبيل البولي فيجب إجراء عملية في البطن لفتح الانسداد. وإذا كان السبب هو إصابة الكليتين ذاتهما فيجب علاج الكليتين. وإذا عولج السبب الأساسي للقصور الكلوي وبقيت الكليتان في حالة قصور فيجب تغيير إجراءات العلاج. وعادة يكفي تقطير السيروم في الوريد مع عقاقير مدرة للبول إلى أن تستعيد الكليتان وظيفتها الطبيعية الاعتيادية. وفي بعض الحالات، كحالة التهاب الكبيبات الكلوية الحاد، يكون العلاج باستعمال بعض العقاقير الخاصة فعال جداً. ولكن في حالات أخرى ربما اضطر الطبيب إلى استعمال آلة صناعية تؤدي وظيفة الكليتين ريثما تعودان إلى حالتهما الطبيعية. وهذا النوع من العلاج يدعى المروق أو الديلزة (Dialysis) (راجع إسعافات الكلية الصناعية ص 662). ولكن إذا كان هناك قصور كلوي حاد فيجب البقاء في المستشفى لعدة أسابيع قبل أن تستعيد الكليتان وظيفتهما الاعتيادية مرة ثانية، وأثناء العلاج ربما كان هناك حاجة لاتباع حمية خاصة تؤمن طاقة مرتفعة وذات بروتين منخفض وتتضمن سوائل لا تزيد عن (600) ملل يومياً، وهذا النوع من الحمية يجعل الكليتين (أو الآلة البديلة) تقومان بالحد الأدنى من العمل.

القصور الكلوي المزمن (Chronic kidney failure)

في حالات القصور الكلوي المزمن تسبب النوبات المتكررة من الالتهاب (Inflammations) ضرراً، وتخريشاً، وندوباً في الكليتين، مما يقلل من فعاليتهما. تحدث هذه الالتهابات أمراضاً عديدة منها، التهاب الكلية والحويضة المزمن (ص 646)، والتهاب كبيبات

الكلية (ص 647)، ووجود حصيات في الكلية (ص 655)، وفرط التوتر الشرياني (راجع ارتفاع ضغط الدم ص 463) أو تناول مسكنات الألم بافراط.

في حال الإصابة بقصور كلوي مزمن، فإن الفضلات والمواد الكيمائية التي كانت تطرحها الكليتان، تتجمع تدريجياً في الدم، وتصبح الكليتان غير قادرتين على التحكم بكمية الماء في الجسم، فيرتفع ضغط الدم، حيث أنه من المعلوم أن إحدى وظائف الكليتين هو التحكم بضغط الدم، وعليه، فإن فرط التوتر الشرياني يمكن أن يكون سبباً أو نتيجة لقصور كلوي مزمن.

الأعراض: قد لا توجد أية أعراض ولكنها قد تظهر بالتدريج، فيزداد التبويل عن حدوده الطبيعية (ويكون البول حاوياً على كمية قليلة من الفضلات وكمية كبيرة من الماء)، ويبدأ المصاب يشعر بالتعب والإرهاق.

المضاعفات: بمرور الوقت، تتحول الإصابة من قصور كلوي مزمن إلى المرحلة الأخيرة من القصور الكلوي، وهذا يحدث في (75%) من الحالات. وهناك أيضاً المضاعفات المتعلقة بارتفاع ضغط الدم (ص 463)، والمتعلقة بفقر الدم (ص 514)، وكذلك بلين العظام (ص 709) والمتعلقة أيضاً بفرط نشاط مجاورات الدرق (ص 686)، وهذه الأمراض الثلاثة الأخيرة تحدث بعض الأحيان كنتيجة لعدم قدرة الكلية المعلولة على التحكم بمستوى المواد الكيميائية في الدم.

العلاج: إذا شعر المرء بما يوحي بوجود إصابة كلوية، كاضطراره للتبويل مرات عديدة، بشكل غير اعتيادي، واستمرار الحالة لأكثر من أسبوع، فليراجع الطبيب، فإذا ثبت له وجود التهاب مزمن في الكليتين فإنه سينصح بما هو مفيد وضروري.

العلاج الذاتي: يجب اتباع نصائح الطبيب بشأن الحمية. فعلى من يعاني من قصور كلوي، أن يخفف من أكل الطعام الذي يحوي على بروتين، والإكثار من شرب السوائل، وعدم تناول أي دواء دون استشارة الطبيب. ومن الضروري أيضاً إجراء فحوصات دورية حتى ولو شعر المصاب أنه أصبح على ما يرام، لأن ذلك يمكّنه من اكتشاف أية مشكلة طارئة وعلاجها في مراحلها الأولى.

العلاج الاختصاصي: لا يوجد علاج ناجع تماماً يشفي القصور الكلوي المزمن، ولكن الإشراف الطبي المستمر والدقيق يمكن أن يؤخر أعراض المشكلة. وربما يصف الطبيب فيتامينات (Vitamins) وحديداً وبعض العقاقير لضبط ضغط الدم. ولمنع تطور مشكلة لين العظام هناك حاجة لتناول عقاقير أخرى. . . لذلك، وبوجود فحوصات دورية وباتباع حمية يتم توجيهها بدقة، وتناول العقاقير التي يصفها الطبيب، فإنه بالإمكان العيش حياة طبيعية مريحة بالرغم من وجود القصور الكلوي المزمن.

تحذير هام

إن تناول مسكنات الألم، سواءً البسيطة منها (التي تتركب من دواءٍ مسكن واحد) أو المركبة (التي تتركب من عدة أدوية) تؤدي إلى الاعتلال الكلوي غير المؤلم، والذي يكون على أشد درجاته عند المصابين بالقصور الكلوي المزمن، مع العلم أن حدوث ذلك يتطلب استعمال كميات كبيرة من المسكنات ولمدة عدة سنوات.

المرحلة الأخيرة من القصور الكلوي (End-stage kidney failure)

المرحلة الأخيرة من القصور الكلوي هي أكثر المراحل تقدماً، وتحدث عادة، على الرغم من العلاج، بسبب قصور كلوي مزمن تقدم إلى مرحلة لم تعد فيها الكليتان قادرتان على الاستمرار بأداء وظائفهما، أو بسبب التهابات المسالك البولية (راجع التهاب الكلية والحويضة المزمن - ص 644)، وهي مرحلة لا تقوم فيها الكليتان بعملهما بما يكفي للاستمرار على قيد الحياة، ولا بد من مساعدة الكلية الصناعية (البحث اللاحق).

الأعراض: تظهر أهمية الكليتين في المحافظة على الصحة من عدد واختلاف الأعراض التي تحدث في المرحلة الأخيرة من القصور الكلوي. وتتضمن هذه الأعراض، وَسَن ووَهْن وصداع ولسان مكمخ (متسخ) ونَفَس كريه الرائحة وقلاع فموي وغثيان وإقياء وإسهال وتجمع الماء في الرئتين (Edema) مما يسبب قصر تنفس، وألم في الصدر أو في العظام الواقعة تحت الجلد تماماً وحكة شديدة بالجلد (دون طفح)، بالإضافة إلى ذلك، فإن المرأة المصابة بالمرحلة الأخيرة من القصور الكلوي ربما تتوقف دورتها الشهرية. هذه المجموعة من الأعراض شائعة وتعرف بالتسمم بسبب انحباس البول في الدم (Uremic poisoning).

العلاج: إذا وصلت حالة المصاب إلى المرحلة الأخيرة من القصور الكلوي فلا بد أنه قد كان، سابقاً، قيد العلاج بسبب قصور كلوي مزمن، وقد أوصاه الطبيب المعالج أن يخبره عن أي طارئ أو تغيير في حالته الصحية العامة.

من الممكن تخفيف أعراض المرحلة الأخيرة للمرض باستعمال العقاقير لفترة قصيرة فقط، ولا بد من تأمين طرح البول من الجسم، وهذا يتم إما بواسطة طريقة اسمها المروق (Dialysis) راجع الكلية الصناعية (ص 662) أو بإجراء عملية جراحية لنقل كلية سليمة من متبرع، وزرعها مكان الكلية المعطوبة في جسم المصاب. ولحسن الحظ فإن كلية واحدة تقوم بعمل الكليتين معاً وتكفي الإنسان ليعيش بها. والمشكلة الأكبر في نقل الكلية من شخص سليم إلى شخص مصاب هي رفضها من قبل أنسجة جسم الآخذ من جهة، وما تتعرض له من التهابات من جهة أخرى. ولسوء الحظ فإن بعض المرضى المصابين بالمرحلة الأخيرة من القصور الكلوي يكونون ضعفاء جداً لتلقي العلاج سواءً بواسطة زرع الكلية أو بواسطة المروق.

لم تعد المرحلة الأخيرة للقصور الكلوي ذلك المرض المميت بسرعة، كما كان من قبل، حيث أن نصف المصابين يعيشون خمس سنوات إضافية على الأقل، وقسم كبير من متلقي الكلية المزروعة يعيشون عدة سنوات أخرى.

إسعافات الكلية الصناعية

إن توقفت الكليتان عن أداء وظائفهما بشكل مؤقت أو إن أصيبتا بضرر نتيجة التهاب طويل الأمد، فإن العلاج يكون بطريقة اسمها المروق (أو الديلزة) (Dialysis) حيث تقوم الآلة بتنقية الدم من الفضلات وتنظيم توازن الماء والمواد الكيميائية فيه.

هناك نوعان من المروق (الديلزة): **الأول**: هو المروق الصفاقي (Peritoneal dialysis) (البريتواني) ويُجرى في المستشفى حيث يحدث الطبيب شقاً صغيراً في جدار البطن ويدخل أنبوباً بلاستيكياً رفيعاً إلى داخل البطن ويضخ، ببطء، سائلاً خاصاً عبر الأنبوب، ويملأ الفراغ الصفاقي (الفراغ بين الطبقتين الداخلية والخارجية للغشاء الصفاقي)، فتنز (فتتسرب) الفضلات من أنسجة البطن إلى السائل، وهذا يعاد سحبه مرة أخرى مع الماء الزائد، وتستمر هذه العملية لعدة ساعات أحياناً، وهي عملية خالية من الألم. فإن كانت الإصابة عبارة عن قصور كلوي حاد، فإنه سيتم الاستغناء، تدريجياً عن هذاالعلاج عندما تتحسن الكليتان وتعودان لأداء عملهما، وهذا يستغرق ستة أسابيع عادة. أما إن كانت الإصابة دائمة في الكليتين فسيتعلم المصاب كيف يجري مروق صفاقي نظامي بنفسه، ويمكن إجراء هذا المروق أثناء أداء الأعمال اليومية ويسمى عندها المروق الصفاقي الانتقالي المستمر (Continuous ambulatory peritoneal dialysis) (CAPD) . وهناك مرضى مازالوا يحافظون على صحتهم الجيدة لمدة عشر سنوات مع استعمال المروق الصفاقي (البريتواني).

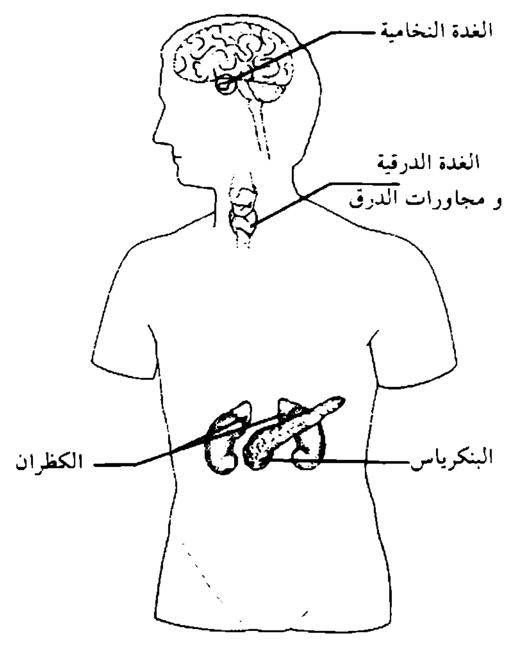
أما الشكل **الثاني** فهو مروق الدم أو ديلزة الدم (Hemodialysis) ، ويتم بواسطة الآلة الكلية (الكلية الصناعية) التي ترشح الفضلات من الدم. وللقيام بهذا الإجراء يتم إمرار الدم بشكل بطيء من شريان (في اليد أو الرجل) إلى أنبوب رفيع إلى الآلة إلى جهاز ترشيح الآلة، ثم إعادة الدم عبر أنبوب آخر إلى وريد مجاور، ويستمر ذلك لمدة (6 ـ 8) ساعات على أن يتكرر مرتين أو ثلاث مرات كل أسبوع، وهذا الإجراء يكفي للتحكم بمعدل الفضلات والماء في الجسم.

هناك بعض المرضى الذين يتعلمون كيف يستعملون الكلية الصناعية بأنفسهم، بل هناك بعض الأشخاص يملكون هذه الآلة في بيوتهم، ويجرون عملية المروق بأنفسهم حيث يصلونها بأجسامهم مساءً وينامون والآلة تعمل حتى الصباح.

الفصل الحادي عشر

الاضطرابات الهرمونية (Hormonal disordar)

الهرمونات (Hormones) عبارة عن مركبات كيميائية تشكلها غدد خاصة ذات إفراز داخلي تسمى الغدد الصم (Endocrine glands) . هذه الغدد هي، بشكل رئيسي، خلايا منتجة للهرمونات تتواجد بشكل عناقيد حول الأوعية الدموية وتمرر هرموناتها مباشرة داخل مجرى الدم، فتقوم هذه الهرمونات، مع الجهاز العصبي، بالسيطرة على مختلف فعاليات أعضاء وأجهزة الجسم بحيث تعمل كلها مع بعضها بتناسق وفعالية.



مواقع الغدد المنتجة للهرمونات في جسم الإنسان

عندما يتحرر هرمون ما إلى مجرى الدم فإنه يدور في جميع أنحاء الجسم، ولكنه يؤثر فقط على جزء أو أجزاء معينة، فيسمى هذا الجزء، العضو المستهدف للهرمون. وبشكل عام كلما ازدادات كمية الهرمون في الدم كلما ازداد نشاط الأعضاء المستهدفة.

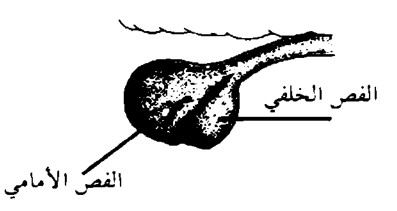
تعتمد كمية الهرمونات المتحررة من الغدد، في الحالة الطبيعية، على احتياجات الجسم، كما تختلف معدلات الهرمونات في الدم حسب تجاوب الجسم مع مؤثرات معينة، كالالتهابات وحالات الإجهاد والانفعالات وغيرها. وفي بعض الحالات يقوم معدل هرمون واحد في الجسم بتنظيم معدل هرمون آخر، مثال ذلك: تقوم عدة هرمونات تنتجها الغدة النخامية (Pituitary gland) ، بشكل خاص، بتنظيم هرمونات أخرى تحررها غدد أخرى داخلية الإفراز، وبالرغم من أن الغدة النخامية هي مثال واحد عن مثل هذاالنشاط، ولكنها أنشط غدة معروفة حتى الآن. وفي الحقيقة، فإنه بسبب السيطرة الكبيرة التي تملكها الغدة النخامية على نظام الهرمونات فقد اكتسبت لقب (غدة القيادة ـ أو الغدة الرئيسية). يبحث هذا الفصل، المشاكل التي تحدث في الغدد داخلية الإفراز الموجودة عند الرجل والمرأة والتي تتضمن اضطرابات

الغدة النخامية وغدة البنكرياس وغدة الكُظر، والغدة الدرقية والغدد المجاورة لها، كما أن هناك عدة غدد جنسية داخلية الإفراز كالمبيضين عند المرأة والخصيتين عند الرجل سوف ندرسها لاحقاً (عند دراسة مشاكل الرجال ومشاكل النساء الخاصة ص 751 ـ 769).

ـ 1 ـ
الغدة النخامية (Pituitary gland)

الغدة النخامية هي غدة بحجم البندقة وتزن حوالي نصف غرام، متوضعة أسفل الدماغ تماماً، وهي أعظم غدة داخلية الإفراز، وأهم غدة منتجة للهرمونات في الجسم، وتدعى أحياناً غدة القيادة أو الغدة الرئيسية، لأنها تعمل كمفتاح تحكُّم مركزي ينظم كثيراً من حالات النمو والتطور والوظائف اليومية في الجسم.

للغدة قسمان رئيسيان هما الفص الأمامي والفص الخلفي:



تتألف الغدة النخامية من فصين، أمامي وخلفي.

ينتج الفص الأمامي ستة هرمونات هي: هرمون النمو (Growth hormone) الذي ينظم النمو لمعظم أجزاء الجسم، وهرمون البرولاكتين (Prolactin)، الذي يحث الثديين على إنتاج اللبن (راجع الدرَّة ص 782)، وهرمون منبه للغدة الدرقية، وهرمون منشط للغدد التناسلية الذكرية والأنثوية وهرمون محرض لقشرة الكظر. هذه الهرمونات الأربعة الأخيرة تنبه أربع غدد أخرى منتجة للهرمونات هي: الغدة الدرقية والمبيضين عند المرأة والخصيتين عند الرجل وغدة الكُظر، وهذه الغدد بدورها تنتج فيما بعد هرمونات خاصة بها.

وينتج الفص الخلفي للغدة النخامية هرمونين اثنين هما: الهرمون المضاد للتبول (Antidiuretic hormone) الذي يؤثر على الكليتين، ويلعب دوراً كبيراً في تنظيم تركيز البول وكميته، ورفع ضغط الدم، والهرمون الآخر هو الأوكسي توسين (Oxytocin) الذي ينبه تقلصات الرحم أثناء الولادة.

يتحكم بتحرير هرمونات الفص الأمامي من الغدة النخامية منطقة ما تحت المهاد (Hypothalamus) (المنطقة من الدماغ التي تقع مباشرة فوق الغدة). وتتصل الغدة مباشرة مع منطقة ما تحت المهاد بواسطة شبكة أوردة بابية، وتتصل بشكل غير مباشر مع أقسام الدماغ الأخرى بواسطة منطقة ما تحت المهاد أيضاً. وبسبب هذه الوصلات فإن الحوادث التي تقع خارج الجسم، بما في ذلك اختلافات الطقس، والعمليات الذهينة، (العواطف على سبيل المثال)، تؤثر كلها على إفراز الهرمونات، ومن ثم على مواد الجسم الكيميائية، مثال ذلك: أن

إفراز الهرمونات المحررة من قبل منطقة ما تحت المهاد تنبه الغدة النخامية لإفراز المنشط الجنسي، أي الهرمونات التي تؤثر على غدد الجنس في الجسم.

ضخامة الأطراف (Acromegaly)

هي حالة نادرة تصيب البالغين، وتحدث بسبب زيادة كبيرة في إفراز الغدة النخامية لهرمون النمو، وهذا يسببه، عادة، ورم في الغدة النخامية. وبما أن الإنسان يتوقف نموه الطولي في نهاية فترة المراهقة فإن زيادة إفراز هرمون النمو لا يزيد من طول المصاب (البالغ) بل يكون تأثيره على كل أعضائه بشكل عام وعلى أطرافه بشكل خاص.

الأعراض: لا تظهر أعراض ضخامة الأطراف إلا في منتصف العمر، وأول الأعراض الملاحظة هو تضخم اليدين والرجلين، ويتضح ذلك بضيق الخاتم على الإصبع، أو بزيادة قياس الحذاء. وبعد أن يزيد حجم اليدين والرجلين، تتضخم وتعرض الرقبة والرأس، ويصبح الفك السفلي والحاجبان والأنف والأذنان بارزة ويسمك الجلد واللسان وتصبح الملامح، بشكل عام، أخشن كما يصبح الصوت أعمق، ويعاني المصابون بهذا الاضطراب من نخزات في اليدين وتعب وتعرق مفرط وتيبس وآلام عامة، وتتزايد كمية الشعر عند المرأة في الأطراف وعلى الجسم. وإذا تواجد ورم كبير في الغدة النخامية ربما سبب عدداً أكبر من الأعراض.

المضاعفات: كلما أهمل مرض ضخامة الأطراف ولم يعالج كلما ازدادت أخطاره، وإذا استمر القلب في التضخم ازداد، بمرور الوقت، ارتفاع ضغط الدم (ص 463) وقصور القلب (ص 460)، بالإضافة إلى ذلك، يمكن لورم الغدة النخامية الكبير أن يسبب إحدى عدة مشاكل متعلقة بالرؤية.

العلاج: لدى مراجعة الطبيب فإنه يجري الفحوصات اللازمة، كأخذ عينة من الدم لمعرفة كمية هرمونات النمو فيها، وإجراء تصوير طبقي محوري للجمجمة (C.A.T.scan) وتصوير بالرنين المغناطيسي (IMRI) وتفريسات بالأشعة، التي قد تكشف عن وجود ورم داخل الجمجمة. فإذا أظهرت كل تلك الفحوصات وجود ورم في الغدة النخامية ولكنه ليس نشيطاً، وقد توقف المرض عند حد معين فإنه لا داعي لأي علاج، أما إذا استمر ارتفاع مقدار هرمون النمو في الدم ولم ينخفض بعد إجراء علاج الإخماد (هو اختبار كابت يكبح إفراز هرمون النمو) فيجب الإسراع في المعالجة ما أمكن، وهي عادة إما أن تكون بإجراء عملية جراحية واستئصال الورم، أو باستخدام الأشعة لوقف نموه، والطبيب المختص وحده يقرر كيفية العلاج، حسب درجة نشاط الغدة النخامية ومقدار الاضطرابات الطارئة على المصاب، حيث أن إزالة الورم بعملية جراحية يعتبر إجراءً فعالاً في تحسين مشاكل الرؤية. ولكن لا يمكن أبداً، وفي جميع الأحوال، إعادة ما طرأ من تغييرات على العظام والأعضاء والمظهر العام إلى الحالة السابقة، والعلاج سيوقف فقط تقدم المرض ليس إلا.

العَمْلَقة (Gigantism)

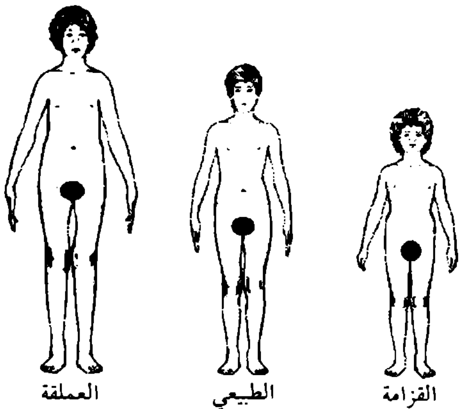
العَمْلَقة هي نفس اضطرابات ضخامة الأطراف (البحث السابق) ما عدا أنها تصيب الأطفال والمراهقين عوضاً عن البالغين، حيث تنتج الغدة النخامية، بشكل مفرط، هرمون النمو بسبب إصابتها بورم عادة (ص 669)، وبسبب هذا الإفراط في إفراز هرمون النمو، يحدث نموٌّ مفرط في كل أعضاء الجسم. والفرق الرئيسي بين كلا المرضين (أو الحالتين) أن مرض ضخامة الأطراف يحدث عندما تكون عظام الأطراف وعظام الجسم، قد توقفت عن النمو بعد انتهاء مرحلة النمو الطبيعية، بينما تحدث العملقة في الوقت الذي ماتزال فيه عظام الأطراف، وعظام الجسم في طور النمو.

العلاج: إذا لوحظ أن أحد الأطفال ينمو بشكل مفرط يراجع الطبيب فوراً، وفي حال ثبت وجود العملقة عند الطفل فإن العلاج يشابه تماماً علاج ضخامة الأطراف (البحث السابق). وفي كل الحالات من الممكن إيقاف الاضطراب، ولكن لا يمكن أبداً أن يعود المصاب إلى ما كان عليه سابقاً.

القَزَامَة (Dwarfism)

في حالات نادرة، لا ينمو الأطفال بشكل طبيعي، وذلك لأن الغدة النخامية لا تنتج ما يكفي من هرمون النمو. (أكثر الأسباب العامة لتأخر النمو مشاهدة، تتضمن: مرض الزرب الإستوائي (ص 912) وقصور الغدة الدرقية (ص 684)، واضطرابات القلب الولادية (ص 880)، ومرض الربو (ص 422)).

يمكن أن يعاني المولود من نقص هرمون النمو منذ الولادة، أو ربما يتطور الأمر في مرحلة لاحقة، وسبب ذلك غير معروف ما عدا أن يكون نمو ورم في الغدة النخامية (ص 669). في بعض الحالات، يرافق النقص قلة انتاج في هرمونات أخرى مما يؤدي إلى تطور جنسي متأخر. (راجع مشاكل المراهقين الخاصة ص 944) وقصور الغدة النخامية (ص 668).



في القزامة أو العملقة لا يكون الجسم ذا قدٍّ شاذ فحسب، بل ذا تناسب متباين.

العلاج: يتم الكشف عن حالة القَزامَة لدى الرضيع أثناء إجراء الفحوصات الدورية للأطفال الصغار. فإذا بدا الطفل أصغر بكثير ممن هم في سنه تراجع فقرة اضطرابات النمو (ص 917). أما إذا ظُنَّ بوجود مشكلة ما فيجب استشارة الطبيب فوراً، الذي قد يضطر، أحياناً، لإجراء مجموعة فحوصات عامة لتحديد سبب بطء نمو الصغير.

إن نقص هرمون النمو اضطراب نادر جداً، لذلك يجب اعتباره آخر سبب في حدوث القَزامة، وفي حال حدوثه، يتم الكشف عنه بواسطة قياس كمية هرمون النمو في عينات الدم. وبغض النظر عن مسببات هذا النقص فلا يمكن للطفل أن ينمو بشكل طبيعي من دون تعويض هرمون النمو. يتألف العلاج من حقن لهرمونات النمو البشرية والاستمرار في ذلك حتى نهاية مرحلة المراهقة.

البيلة التفهة (Diabetes Insipidus)

درسنا سابقاً كيف تطرح الكليتان البول (ص 643)، ونعيد هنا القول بأنه عندما تقوم الكليتان بإفراز كثير من الماء والمواد الأخرى من الدم، تعيد كبيبات الكلية امتصاص بعض تلك المواد وكثيراً من الماء وتعيدها إلى الدم، ويبقى سائل مركز بالمواد الضارة تطرحه الكليتان إلى خارج الجسم عن طريق المسالك البولية، هو البول.

إن إعادة الماء (في الكليتين) إلى مجرى الدم بعدما تم طرحه، من قبل كبيبات الكلية، يتم تحت تأثير الهرمون المضاد للتبول (ADH) (Anti-diuretic hormone) ، الذي يفرزه الفص الخلفي للغدة النخامية، والذي ينبه الكليتين لإعادة امتصاص الماء والمحافظة على التركيز الصحيح لسوائل الجسم في الدم. فإذا قلَّ إفراز هذا الهرمون فإن الكليتين تطرحان كمية كبيرة من البول ذات تركيز عالٍ من الماء ومتدنٍ من المواد الأخرى. إن السبب الأكثر شيوعاً لهذا الاضطراب هو الضرر الذي يلحق بالغدة النخامية، نتيجة أذىً شديد في الرأس. أما الأسباب الأخرى فربما يكون منشؤها إجراء عملية جراحية سابقة في الغدة النخامية وتأثيرات التصوير الشعاعي على الغدة النخامية أو للمنطقة المحيطة بها، ونادراً ما يكون السبب ناتجاً عن ضغط على الغدة النخامية بسبب ورم أصابها أو لأسباب أخرى مجهولة.

الأعراض: أهم عرض لهذا الاضطراب هو طرح كمية كبيرة من البول عديم اللون قد تصل إلى عشرين لتراً في كل (24) ساعة. ويؤدي فقدان السوائل الكبير على هذا الشكل إلى عطش دائم لا يُروى، ويجد المصاب نفسه بحاجة إلى الشرب والتبول ليلاً نهاراً، كما يكون جفاف الأيدي والإمساك عوارض أخرى لهذا الاضطراب.

العلاج: حالما تظهر الأعراض يجب مراجعة الطبيب، وهو يقوم بإجراء اختبار الحرمان من الماء، فيمنع عن المصاب شرب أي سائل لمدة ثمان ساعات، يقاس خلالها حجم الماء في البول، لعدة مرات. عند الشخص السليم يعمل هرمون (ADH) على الحفاظ على الماء داخل جسمه، عندما يُحرم هذا الشخص من الماء طوال هذه الفترة. فإذا بقي حجم الماء في البول مرتفعاً فإن ذلك يدل على نقص في إفراز الهرمون المضاد للتبول، لذلك فإن حقن هذا الهرمون للمصاب يكون له تأثير كبير على التبول ومعدِّل لتأثير ذلك النقص.

العلاج الذاتي: إن كل ما يمكن أن يفعله المصاب، في مثل هذا الاضطراب، هو الاستمرار في شرب أكبر كمية من الماء يحتاجها جسمه لحين تطبيق العلاج اللازم.

العلاج الاختصاصي: في بعض الحالات، عندما لا تكون كمية البول كبيرة جداً فإن كل ما هو مطلوب عبارة عن تحديد كمية الملح في الوجبة الغذائية، وتناول أدوية تساعد على حبس الأملاح والماء في الجسم، أو بعض الأدوية الأخرى التي تساعد الكليتين على الاحتفاظ بالماء. وإذا كان سبب الاضطراب وجود ورم في الغدة النخامية فيجب عندها إزالة هذا الورم. وفي حالات أخرى يكون أفضل علاج هو إعطاء الهرمون الصناعي المضاد للتبول (ADH) عن طريق الحقن أو نقوط في الأنف، ويستمر ذلك لحين عودة الغدة النخامية للعمل بشكل طبيعي من جديد (يتم ذلك خلال سنة، عادة، إذا كان السبب ناتجاً عن أذية لحقت بالغدة)، أما إذا لم يحدث ذلك فلا بد من الاستمرار في تناول الدواء لبقية الحياة. يقوم الطبيب بإجراء فحوصات دورية لمراقبة حالة مريضه ومدى تجاوب جسمه مع الدواء وحاجته للاستمرار على العلاج.

قصور الغدة النخامية (Hypo-pituitarism)

تقوم الغدة النخامية بتنظيم نمو الجسم والاستقلاب العام والتطور الجنسي عن طريق الهرمونات الستة التي ينتجها فصها الأمامي (راجع الغدة النخامية ص 664). وفي حال قصور هذه الغدة فإنه ينقص إفراز الفص الأمامي ويفشل في إنتاج الكمية المناسبة من تلك الهرمونات الستة، وهذا يؤدي، بشكل مطلق، إلى وجود معدلات ناقصة من تلك الهرمونات، ولهذا النقص تأثيرات واسعة جداً تتضمن نقصاً في التطور الجنسي أو حدوث العقم، أو وجود مظهر غير ناضج (متأخر النضوج) أو ضعفاً عاماً، وغالباً صحة عامة معتلة.

إن الأسباب الأكثر شيوعاً لقصور الغدة النخامية هي حدوث أذىً في الرأس أو نمو ورم في الغدة النخامية، وبسبب التأثيرات الجانبية لمعالجة هذا الورم أيضاً، وأحياناً يتطور المرض بدون سبب معروف.

الأعراض: بسبب تنبيه الغدة النخامية لكثير من الغدد الأخرى المنتجة للهرمونات، فإن أعراض نقص إفرازها، يكون مجموعة أعراض لاضطرابات أخرى عديدة، كل منها متعلق بالغدة المتأثرة، وهذا يتضمن قصور الغدة الدرقية (ص 684) ونقص إفراز غدة الكُظر (راجع داء أديسون ص 679) والعقم (ص 807) وغياب الدورة الشهرية لدى النساء (ص 770) والقَزَامة (ص 666) عند الأطفال وغيرها.

المضاعفات: إن نقص إفراز الغدة النخامية مرض خطير قد يؤدي إلى الموت إذا لم يعالج المصاب فوراً؛ لأن نقص الهرمونات الستة التي تفرزها هذه الغدة يؤدي إلى اضطرابات خطيرة جداً، خاصة منها أن غدة الكُظر تصبح غير متجاوبة مع إجهاد الجسم أو الالتهابات الجرثومية (راجع ص 678) مثلاً.

العلاج: لدى مراجعة الطبيب فإنه يجري كل فحوصات الدم والبول اللازمة لقياس وظيفة الفص الأمامي من الغدة النخامية، فإذا تبين وجود نقص في مفرزاته فيجب إجراء فحوصات أخرى لكشف فيما إذا كان سبب الاضطراب وجود ورم في الغدة أم لا.

يكون العلاج بإعطاء حبوب وحقن، مدى الحياة، لتعويض هرمونات الغدة النخامية والغدد الأخرى المتأثرة أو المصابة، مثال ذلك: أن التداوي عن طريق تعويض الهرمونات يتطلب تعويض نقص إنتاج هرمونات الغدد الجنسية (المبيضين عند المرأة والخصيتين عند الرجل)، والغدة الدرقية وغدة الكُظر.. وغيرها.

أورام الغدة النخامية (Pituitary tumors)

تنقسم الغدة النخامية، كما أسلفنا، إلى قسمين: الفص الأمامي والفص الخلفي. تحدث أورام الغدة النخامية، ولأسباب مجهولة، دائماً تقريباً في الفص الأمامي، وتشكل نسبة عشرة بالمئة من مجموع الأورام التي تحدث داخل الجمجمة.

هناك نوعان رئيسيان لأورام الغدة النخامية. النوع الأول يدعى الورم الغدي النخامي (Adenomas)، وهو نمو مفرط في خلية واحدة أو أكثر من خلايا الغدة، وهي أورام غير خبيثة عادة، ولكن، لأنها تنمو في حيز محدود، ربما تسبب ضرراً لأعصاب العين وألماً في الرأس واضطرابات دماغية خطيرة. وفي (50%) من الحالات تسبب إفراز كميات زائدة من هرمون برولاكتين (Prolactin) دون حدوث أية أعراض، أو ربما يؤدي ذلك إلى إدرار الحليب (راجع الملاحظتين اللاحقتين) كما تسبب إفراز هرمونات أخرى تؤدي إلى مرض ضخامة الأطراف (ص 665) أو العملقة (ص 666) أو متلازمة كوشنغ (ص 679)، وربما تسبب أيضاً ضغطاً على المناطق المحيطة يؤدي إلى اضطرابات أخرى كما هو مبين أدناه. والنوع الثاني يدعى الورم القحفي البلعومي (Craniopharyngioma) وهذا لا يسبب فرط إفراز هرموني، ولكنه عندما يكبر حجمه يحدث ضغطاً زائداً إما على الفص الأمامي مما يؤدي إلى القَزامَة (ص 666) أو إلى نقص إفراز الغدة النخامية، أو يكون الضغط على الفص الخلفي مما يؤدي إلى حدوث البيلة التفهة (ص 667) كما يمكن أن يضغط أيضاً على الأعصاب المؤدية للعينين فيحدث أذىً فيهما ويؤدي إلى ازدواج وتشوه الرؤيا وألم في الرأس.

العلاج: يمكن معالجة أورام الغدة النخامية المفرزة للبرولاكتين (Prolactin)، بنجاح، بعقاقير بروموكربتين (Bromocriptine) التي تقلص الورم، ولكن في بعض الحالات فإن أنجع علاج هو إجراء جراحة لاستئصال الورم أو المعالجة بالأشعة أو بكليهما معاً.

لقد أصبحت عملية استئصال الورم من الغدة النخامية إجراءً سهلاً، حيث يمكن الوصول إلى الورم، عادةً، إما عبر فتحتي الأنف أو عبر فتحة في قصبة الأنف، وإذا كان الورم كبيراً وضاغطاً على أعصاب العينين، فلربما احتاج الأمر إلى عملية دماغ مفتوح. وبعد العملية يتم، عادةً، التحسن

بسرعة، ولكن يبقى هناك خطر إتلاف بعض أجزاء الغدة النخامية أثناء العملية، فإذا حدث ذلك فإن مرض نقص إفراز الغدة الدرقية ومرض البيلة التفهة سيتطوران بعد العملية بشكل فعال، ولكن كلا الاضطرابين يمكن معالجتهما عن طريق تعويض الهرمونات طوال الحياة.

يستطيع الجراح أن يقطع الورم ويستأصله، أو أن يكشطه بشدة، أو أن يغرز فيه مادة مشعة لتدميره، وإليه يعود تقرير ما هو الأفضل لمريضه، فإذا كان الورم منتشراً لدرجة كبيرة فلا بد من المعالجة الشعاعية لكامل الغدة، وهذه تضر بالخلاياالسليمة والموؤفة، ولكن الشفاء يبقى ممكناً بتطبيق العلاج.

ملاحظتان جديرتان بالاهتمام

1 ـ **الأورام المنتجة للهرمون**: في الحالات العادية، تقوم الغدد الصم فقط (ذات الإفراز الداخلي) بانتاج الهرمونات، ويمكن لورم هذه الغدد أن ينتج الهرمونات أيضاً. ولكن في بعض الحالات النادرة يقوم ورم، نما في عضو غير مخصص لإنتاج الهرمونات، بإنتاجها، فإذا حدث ذلك فإن زيادة الهرمونات الطارئة في الجسم تسبب نفس الأعراض الناتجة عن فرط نشاط الغدد الصم التي تفرز نفس الهرمونات أصلاً. مثال ذلك: يستطيع ورم في الرئة أو الكلية أو الثدي إنتاج هرمونات الغدد مجاورات الدرق، وهذا يؤدي إلى حدوث أعراض فرط إفراز الغدد مجاورات الدرق بالرغم من أن هذه الغدد سليمة وتعمل بشكل طبيعي، وتزول الأعراض فقط عندما تتم معالجة الورم الطارئ بنجاح.

2 ـ **إدرار الحليب**: هو إنتاج الثدي للحليب في وقت يفترض فيه أنه لا ينتج حليباً. يحدث إنتاج الحليب عند المرأة، عادةً، قبل عدة أيام من الولادة أوفي الأشهر التالية لها. وإنتاج الحليب في أي وقت آخر عند المرأة أو عند الرجل يعتبر إدرار حليب. إن المشكلة ليست تهديداً خطيراً للصحة بالرغم من أنها تدعو للقلق.

إن سبب هذا الإدرار هو نمو ورم في الغدة النخامية، وهذا ربما يؤدي إلى مضاعفات أكثر خطورة من إدرار الحليب. وبما أن هذا الاضطراب يصيب المرأة غالباً فإن علاجه وارد في مشاكل المرأة الخاصة (راجع الدَرةً ص 782).

ـ 2 ـ

غدة البنكرياس (المعثكلة) (Pancreas gland)

هي غدة طويلة ورفيعة متوضعة بشكل عرضي خلف المعدة مباشرة، ولها وظيفتان رئيسيتان: الأولى هي إنتاج الأنزيمات المساعدة على الهضم (راجع الكبد والمرارة والبنكرياس (ص 614) من أجل اضطرابات الهضم الخاصة بالبنكرياس). والثانية هي إنتاج هرموني الأنسولين (Insulin) والغلوكاغون (Glucagon)، ومما يميز هذين الهرمونين أنهما يلعبان دوراً أساسياً في تنظيم مستوى سكر العنب (الغلوكوز Glucose) في الدم، فهما يساعدان على الاحتفاظ به بمستوى ثابت.

الغلوكوز (سكر العنب)، هو نوع من السكر يتوافر في كثير من الأطعمة بما في ذلك بعضها الذي ليس له مذاق حلو. وهو مصدر طاقة أساسي لكافة خلايا الجسم، والأنسولين هو الذي ينبه الخلايا لامتصاص حاجتها من الغلوكوز من الدم لإنتاج الطاقة التي تحتاجها، وينبه الكبد لامتصاص وتخزين ما تبقى منه في الدم، وبذلك يخفض الأنسولين نسبة الغلوكوز في الدم. أما الغلوكاغون فله تأثير عكسي، إذ أنه يساعد في رفع مستوى الغلوكوز في الدم عن طريق تنبيه الكبد، عند الحاجة، لتحرير الغلوكوز اللازم.

البنكرياس هي غدة طولها حوالي [15سم]، تقع بمحاذاة العفج وتتصل معه بقناة خاصة بها.

داء السكري (Diabetes-mellitus)

مرض السكري (يجب التفريق بين داء السكري والبيلة التفهة راجع ص 667) اضطراب شائع بين الناس، يحدث بسبب توقف غدة البنكرياس، كلياً أو جزئياً، عن إنتاج مقادير كافية من هرمون الأنسولين (Insulin) بما يتناسب مع حاجات الجسم، ونقص هرمون الأنسولين هذا يؤدي إلى انخفاض امتصاص خلايا الجسم للغلوكوز (سكر العنب) الذي تحتاجه لتوليد الطاقة، وكذلك تنخفض إمكانية الكبد على تخزين الغلوكوز أيضاً مما يسبب تراكمه في الدم فترتفع نسبته فيه ارتفاعاً شاذاً قد يكون كبيراً.

تلعب الوراثة دوراً هاماً في الإصابة بهذا الداء، إذ تظهر الإحصائيات أن حوالي ثلث المصابين لديهم قصة عائلية عن المرض، وهنا نلفت نظر الأبناء إلى أن إصابة كلا والديهم بمرض السكري تؤهلهم بنسبة ($\frac{1}{20}$) فقط للإصابة بهذا الداء. كما أن تقدم السن يقلل من إمكانيات البنكرياس، لذلك يعتبر تقدم السن عاملاً مساهماً أيضاً في الإصابة بالمرض.

هناك شكلان رئيسيان من الداء السكري هما:

1 ـ **الشكل الأول**: ويدعى أيضاً الشكل ذو البدء الفتوي أو النمط المعتمد على الأنسولين، وفي هذا الاضطراب، الذي يحصل بشكل رئيسي لدى الفتيان، تفرز البنكرياس (المعثكلة) مقداراً قليلاً جداً من الأنسولين أو لا تفرز منه على الإطلاق، بسبب تخرب الخلايا المنتجة له (جزر لانغرهانس)، مما يجعل الجسم عاجزاً عن استعمال الغلوكوز فيضطر إلى حرق الدهون بدلاً عن الغلوكوز للحصول على الطاقة المطلوبة، وفي مثل هذه الحالة ربما يؤدي الوضع بالمصاب إلى حالة خطيرة تعرف بالسبات السكري (Diabetic coma) نظراً لتجمع الغلوكوز بكميات كبيرة في دمه.

2 ـ **الشكل الثاني**: ويدعى أيضاً الشكل ذو البدء المتأخر، أو المستقل عن الأنسولين. في هذا الشكل، من الداء السكري، الذي يصيب، عادة، الأشخاص فوق سن الأربعين، تكون الخلايا المنتجة للأنسولين في البنكرياس عاملة، إلا أنها لا تنتج ما يكفي لمتطلبات الجسم، والأشخاص المصابون بهذا الشكل من الاضطراب يأكلون عادة بنهم وهم مفرطو الوزن (راجع البدانة ص 627)، ويسبب لهم نهمهم زيادة في غلوكوز الدم، فلا تتمكن البنكرياس من انتاج ما يكفي من الأنسولين للتلاؤم مع هذه الزيادة، فيتجمع الغلوكوز بكميات زائدة في دمائهم.

الأعراض: جميع أشكال الداء السكري تسبب نفس الأعراض الرئيسية، إذ يصبح مقدار التبول أكبر بكثير من المعتاد، ويتكرر التبول أحياناً بمعدل مرة في كل ساعة، أو نحو ذلك، على مدار اليوم (ليلاً نهاراً)، وقد تلاحظ بقعاً بيضاء تتألف من قطرات البول الجافة المحملة بالسكر على ثياب المصاب الداخلية أو على حذائه، مما يجعل الكائنات الدقيقة، كالجراثيم، تنجذب نحو البول السكري وتتكاثر فيه مما يسبب اختلاطات متنوعة في السبيل البولي، مثل أخماج المثانة. إن الفقدان الزائد للسوائل، بسبب تكرار التبويل، يجعل المصاب في حالة عطش دائم، كما أن شرب المشروبات المحلاة يؤدي إلى زيادة مقدار التبول مما يجعل العطش يزداد حدة. رغم وجود الغلوكوز في الدم بنسبة مرتفعة، فإن خلايا جسم المصاب لا تحصل على كفايتها منه، ولذلك فهو يشعر بتعب شديد، وضعف، وخمول لدرجة قد يصبح فيها عاجزاً عن النهوض صباحاً من الفراش، ويفقد بعض المصابين، ولاسيما الأطفال والشباب الصغار منهم، كثيراً من الوزن لأن أنسجتهم الشحمية والعضلية تحرق بغية توفير الطاقة. ومن الأعراض الأخرى، التي يمكن أن تلاحظ، تنميل اليدين والقدمين وانخفاض المقاومة للأخماج (قد تكون الدمامل وأخماج السبيل البولي العلامات الأولى على الداء السكري)، والرؤية المغبشة (غير الواضحة) بسبب الغلوكوز الزائد في سائل العين، والعنانة (الضعف الجنسي) لدى الرجال (ص 820)، وغياب الدورات الطمثية لدى النساء (ص 770).

تتطور أعراض الشكل الأول من الداء السكري عادةً، بسرعة، في غضون أسابيع أو أشهر، أما أعراض الشكل الثاني فإنها لا تظهر عادة إلا بعد سنوات عديدة من البدء الفعلي للمرض، وربما يكتشف هذا الشكل أحياناً صدفة في سياق فحص طبي روتيني قبل ظهور أية أعراض واضحة.

المضاعفات: يظهر الشكل الأول عموماً، في عمر مبكر، ويظهر الشكل الثاني غالباً عند البدينين في منتصف العمر وعند النساء العجائز.

لم يعد مرض السكري مميتاً كما كان في السابق، ونادراً ما يموت إنسان بسبب إصابته بهذا المرض، إلا أن أخطاره لازالت قائمة. فمرضى الشكل الأول من السكري (خاصة لازالوا معرضين لخطورة الدخول في السبات السكري أو فقدان الوعي، ويحدث هذا بسبب استعمال الجسم للدهون، بدلاً عن الغلوكوز، للتزود بالطاقة، مما يؤدي لتشكل منتجات

وسيطة سامة تدعى الخلونات (Ketones) ، وقد يدخل الإنسان بحالة السبات قبل أن يكتشف أنه مصاب بالسكري، ويحدث ذلك، خاصة، بعد الإصابة بمرض إنتاني كالأنفلونزا مثلاً (ص 733) وربما يستدعي هذا الوضع دخول المستشفى. بعد الإصابة بالسبات السكري، وبعدالعلاج يشفى المصاب، عادة، شفاءً تاماً.

هناك مضاعفات أخرى يمكن أن تحدث في كلا شكلي الداء السكري، وتظهر، عادة، بعد (15 ـ 20) سنة من بداية المرض، مثل اعتلال شبكية العين السكري (ص 378)، والاعتلال العصبي المحيطي (ص 311)، والقصور الكلوي المزمن (ص 659). والمرضى السكريون معرضون أيضاً لخطر الإصابة بالتصلب العصيدي (ص 444)، والسكتة الدماغية (ص 288)، والهجمة القلبية وارتفاع ضغط الدم، وتضيق أوعية الساقين الدموية، مما يسبب تشنجات في عضلاتهما، وبرودة في القدمين وألماً عند المشي، وحدوث بعض القرحات الجلدية أو الموات (ص 509). ولتفادي مشكلات القدمين يتوجب عدم المبالغة في تقليم الأظافر، واستعمال أحذية مريحة وملائمة تماماً، ومعالجة مشاكل القدمين بسرعة، كالمسامير مثلاً. وإذا لوحظ عدم شفاء الجروح خلال عشرة أيام يتوجب عندها مراجعة الطبيب دون تأخير.

العلاج: يتم تشخيص وجود الداء السكري عند الأشخاص وفق ثلاث طرق أو ثلاث مراحل. ففي البداية تفحص عينة من البول، فإذا تبين احتواؤها على الغلوكوز، فإن ذلك لا يدل بالتأكيد على وجود المرض، لأنه من الممكن وجود الغلوكوز في البول دون أن يكون الشخص مصاباً بالسكري. في المرحلة الثانية من التشخيص، يتم أخذ عينة من الدم لقياس مقدار الغلوكوز فيها فإذا كانت نسبته مرتفعة فذلك يثبت وجود الإصابة بالداء السكري. وإذا كانت النتيجة غير واضحة أو غير مرضية فيمكن إجراء اختبار تحمل السكر، حيث تؤخذ سلسلة عينات من الدم ويقاس مقدار الغلوكوز فيها، وذلك قبل وبعد تناول الغلوكوز (مشروب سكري)، فإذا ارتفعت سويته في العينات الأخيرة، وكانت فوق الحدود الطبيعية، فذلك يعني أن البنكرياس لا تنتج ما يكفي في الأنسولين لإحراق الغلوكوز، وأن الشخص مصاب بالداء السكري. وعادة، يعطى مريض السكري بطاقة خاصة يحملها بشكل دائم يُدَوَّن فيها اسمه وعنوانه ومدى إصابته، والتعليمات حول مساعدته إذا طرأ له حادث ما. وربما ينصح المصاب بحفر هذه المعلومات على قلادة خاصة يحملها في عنقه، أو على سوار يضعه في يده.

ولسوء الحظ، لا يوجد حالياً علاج ناجع يشفي من المرض شفاءً تاماً؛ لذا يتوجب على المصاب البدء بتنفيذ تعليمات طبيبه فور اكتشاف المرض، لأن فاعلية العلاج تعتمد على مدى اتباع وتطبيق تلك التعليمات. فإذا استمر المريض في فعل ذلك واتبع الخطوات العلاجية الصحيحة فإن مضاعفات المرض تبقى في مستواها الأدنى، ولهذا يتوجب مراقبة نسبة السكر في الدم بشكل دائم والمحافظة عليها في الحدود الطبيعية ما أمكن.

يعالج الشكل الأول من الداء السكري، عادة، بمزيج من الحمية الدقيقة وحقن الأنسولين (Insulin) (للأنسولين عدة أنواع وذلك حسب مصدره الذي صُنِّع منه أصلاً، وينصح باستعمال نفس النوع بشكل دائم وعدم الانتقال من نوع إلى آخر إلا بعد استشارة الطبيب). فلا يستعمل الأنسولين إلا حقناً لأنه لو أخذ عن طريق الفم لأتلفته العصارات الهاضمة في جهاز الهضم قبل أن يتم امتصاصه إلى الدورة الدموية. وعادة يدرِّب الطبيب مريضه على كيفية حقن نفسه بالأنسولين تحت الجلد مباشرة في الذراع أو الفخذ أو البطن، أما الأطفال الصغار فلا بد من أن يحقنهم شخص ما ريثما يتمرنون على فعل ذلك بأنفسهم.

ينصح الطبيب مريضه، عادةً، باتباع جدول مواعيد صارم لتناول طعامه، إضافة إلى جدول آخر لوجبات خفيفة يتناولها بين الوجبات الأخرى، وعلى المريض أن يتبع هذه التعليمات بدقة تامة حتى يستطيع أن يسيطر على مستوى ثابت من الغلوكوز في دمه وقريباً من الحدود الطبيعية. وفي نفس الوقت تعمل جرعات الأنسولين المنتظمة أيضاً على الحفاظ على هذا المستوى أقرب ما يكون إلى المستوى الطبيعي.

يتواجد الأنسولين في الأسواق بعيارات مختلفة وأنواع متعددة، ويحدد الطبيب عادة، النوع والمقدار المناسبين لمريضه مراعياً عمره وحالته وكامل العوامل الأخرى. لذلك يتوجب على المريض الحرص التام على تطبيق تعليمات طبيبه بمنتهى الدقة.

من الملاحظ أنه يستحيل المحافظة على مستوى الأنسولين في دم المصاب ثابتاً على الدوام حتى لو حقن نفسه بالأنسولين عدة حقن كل يوم، لذلك يستمر الباحثون في دراسة إمكانية زرع خلايا البنكرياس المفرزة للأنسولين في جسم المصاب.

فإذا كنت مصاباً بالداء السكري فعليك تنظيم أمورك بدقة وتطبيق تعليمات طبيبك بحزم، وعدم إهمال تناول الوجبات الخفيفة بين الوجبات الرئيسية، ومراقبة مستوى الغلوكوز في دمك بشكل دائم. وإذا رغبت بإجراء أي جهد عضلي زائد، كإجراء تمارين رياضية أو العمل في الحديقة مثلاً، فتذكر أن هذا الأمر يتطلب حرق مزيد من الغلوكوز مما يسبب نقصاً في سكر الدم. .

إن الإصابة بالأمراض الأخرى، مهما كانت بسيطة أو شديدة، ستؤدي إلى احتياج مقدار إضافي من الغلوكوز، وبالتالي تغيير مقدار جرعة الأنسولين المعتادة، فإذا كنت لا تستطيع أن تأكل حسب مخططك، فتناول مشروبات سكرية دون تخفيض مقدار ما تحقن به نفسك من الأنسولين وسارع إلى استشارة طبيبك دون تأخير.

قد يسبب الداء السكري مشكلات للمرأة الحامل، لذلك عليها الاتصال والتشاور مع طبيبها قبل وأثناء الحمل وإلى ما بعد الولادة. (راجع داء السكري والحمل ص 835).

يجد الأطفال الصغار المصابون بالداء السكري صعوبة في فهم مشكلتهم، ولا يفهمون لماذا يتوجب عليهم عدم أكل السكاكر، ولماذا يحقنون بالدواء. ورغم ذلك يتوجب على الآباء أن يكونوا حازمين في تطبيق الحمية وتعليمات الطبيب بالنسبة لهم. وقد يمر المراهق المصاب

بمرحلة من التمرد على حالته وعلى ما فُرض عليه من قيود، لذلك على أهله وأصدقائه التعامل معه بحكمة، لتطبيق كل التعليمات الضرورية.

إذا كنت أنت من المصابين بالداء السكري فأخبر جميع الأطباء الذين تراجعهم بحالتك، وخاصة منهم أطباء الأسنان، وذلك قبل البدء بأية معالجة محتملة، ليتم اتخاذ كل التدابير اللازمة لحمايتك من أية مضاعفات.

أما علاج الشكل الثاني من الداء السكري، فقد تكفي الحمية الدقيقة للسيطرة على المرض، وهي عبارة عن تحديد مقدار ما يتناوله المصاب من السكريات وخاصة البدينين منهم، فإن الالتزام بالحمية ينقص الوزن مما يساعد على تحسن حالة المصاب. ويُسمح عادة للبدينين بتناول طعام يزودهم بحوالي (800 ـ 1500) حريرة يومياً حسب عمرهم ووزنهم وطولهم (حاجة الإنسان العادي في الأحوال الطبيعية ما بين (2000 ـ 2500) حريرة يومياً)، ويسمح لهم طبيبهم بتناول أجزاء صغيرة من السكريات في فواصل زمنية منتظمة. فإذا كنت أنت مصاباً بالسكري فاحرص على ألا تأكل السكاكر والكاتو والمربى والمعجنات والحلويات وما شابه، واحرص دائماً على تناول طعام يحوي الألياف وخبز مصنع من الحبوب الكاملة ومقدار كافٍ من السلطات والفواكه والخضراوات، وتجنب المشروبات المحلاة بالسكر ولا تدخن أبداً.

في حالات المرض الخفيفة، قد تكون الحمية الحازمة كافية فحسب لجعل سوية الغلوكوز في دم المصاب عند المستوى الطبيعي، ويصبح ذلك أكثر فاعلية إذا أنقص البدين المصاب من وزنه وجعله ضمن المعدل المنصوح به في جداول الوزن الطبيعي (راجع مخطط الوزن ص 31) لأن الأنسولين القليل الذي تفرزه البنكرياس، في مثل هذه الحالة، يكون كافياً لتأمين متطلبات حجم الجسم بعد إنزال الوزن.

يستطيع المرضى من هذه المجموعة، عادة، مراقبة مستوى الغلوكوز في دمائهم بواسطة علبة اختبار البول، وحسبما يحدده الطبيب فقط. فإذا لاحظ المريض ازدياد حالته سوءً فعليه أن يراجع طبيبه فوراً.

في بعض الحالات، ربما يتناول المصاب مقداراً زائداً من الدواء يؤدي إلى انخفاض سكر دمه كثيراً، فيصاب بأعراض هجمة انخفاض سكر الدم. في مثل هذه الحالة يتوجب على المريض الإسراع إلى تناول شراب أو طعام سكري لاتقاء فقدان الوعي بسبب نقص نسبة الغلوكوز في دمه، ومن ثم يتوجب عليه مراجعة الطبيب لتعديل الجرعة الدوائية، حسبما يراه مناسباً.

ملاحظة هامة: يظن بعض الناس خطأً أن الأطفال الذين يأكلون كثيراً من السكريات سيصابون بالداء السكري، وهذا خطأ شائع، والسبب الدقيق لهذه الظاهرة مجهول. لكن الأكيد أن الأطفال الذين يأكلون كثيراً من السكريات سيكونون أكثر عرضة للإصابة بنخور الأسنان وليس بالداء السكري.

اختبارات يجريها المريض

إذا كنت مصاباً بالداء السكري، فعليك أن تختبر سويات الغلوكوز في دمك أو بولك مرة واحدة يومياً على الأقل، أو بمقدار ما ينصح به طبيبك. وكلا اختباري البول والدم، اللذين يمكن إجراؤهما بسهولة في البيت، يشملان استعمال شريط مشرَّب كيميائياً بمواد خاصة (لكل من اختبار البول واختبار الدم شريط خاص يختلف عن الآخر). فعندما يلامس الشريط، البول أو الدم، يحصل تفاعل كيميائي في مواد الشريط فيتبدل لونها تبعاً لتركيز الغلوكوز في البول أو ا لدم. ويمكن تحديد نتيجة كل اختبار بمقارنة لون الشريط مع مخطط ألوان خاص، أو باستعمال أداة تعرف باسم مقياس الانعكاس.

عندما تستعمل الشريط المشرَّب كيميائياً اتبع بدقة تعليمات المصنع المرفقة، لكي لا يتأثر تركيبه الكيميائي، خاصة فيما يتعلق بطريقة الحفظ والصيانة، وبعد الاستعمال يفحص الشريط تحت إضاءة جيدة للحصول على أدق النتائج.

اختبار البول:

1 ـ اسحب قطعة من الشريط بطول (35 ملم) من الحاوية الموجودة في علبة الاختبار.

2 ـ أغمس إحدى نهايتي القطعة لفترة وجيزة جداً في عينة البول، وانتظر دقيقة واحدة حتى يتغير لون هذه النهاية.

3 ـ ثم قارن على مخطط اللون لمعرفة اللون الأكثر قرباً من اللون الحاصل على الشريط واقرأ الرقم الموجود تحت لون المخطط الموافق فهو يشير إلى سوية الغلوكوز في بولك.

اختبار الدم:

1 ـ اسحب قطرة كبيرة من الدم من جانب ذروة إصبعك وضعها على الشريط الخاص بفحص غلوكوز الدم متأكداً من أنها تغطي كامل المساحة المشربة بالمادة الكيميائية.

2 ـ انتظر لمدة دقيقة واحدة بالضبط، ثم اغسل الدم بواسطة ماء الصنبور لمدة بضعة ثواني فقط، ولا تحاول إزالة كل أثر الدم المتواجد فوق الشريط، ثم جفف الشريط بواسطة ورق ماص للماء (كلينكس).

3 ـ قارن لون الشريط مع لون المخطط، وتحت لون المخطط الأقرب إلى لون الشريط يوجد رقم يدل على نسبة الغلوكوز في دمك. وإذا كان لديك مقياس انعكاس فإنه يجري المقارنة ذاتياً (بشكل أوتوماتيكي) ويعطيك قراءة رقمية لسوية السكر في دمك.

انخفاض سكر الدم (Hypoglycemia)

هو اضطراب تفتقد فيه العضلات والخلايا في الجسم لمادة الغلوكوز (سكر العنب) التي تمنح الطاقة، وهذه الحالة مقصورة كلياً تقريباً على الأشخاص المصابين أصلاً، بالداء السكري، الذين يتناولون الأنسولين زرقاً، أو يتناولون العقاقير الخافضة لسكر الدم. إن تناول جرعات زائدة من الأنسولين، أو عدم الالتزام ببرامج الوجبات الموصوف، أو القيام بتمرين مديد أو مجهد، يمكن أن تسبب هجمة انخفاض سكر الدم. ومن الأسباب الأخرى، لهذه

الحالة، الجراحة المعدية وبعض أنماط السرطان، والارتكاس لأدوية وأطعمة متنوعة، وتناول الكحول، والداء الكبدي، والحَبَل، والحمىٰ الشديدة والجوع وبالتالي الصيام المديد..

الأعراض: تتباين أعراض انخفاض سكر الدم تبايناً واسعاً من شخص لآخر ولكنها تبدأ، غالباً، بشعور بسخونة الجسم وعدم الراحة، يتبعه تعرق غزير، وقد تتواجد أعراض أخرى تشمل الدُوام والضعف والارتعاش واللاثبات والجوع والصداع وزيغان البصر وتلعثم الحديث، وقد يصبح المصاب عدوانياً أو غير متعاون، وهذه الحالة تلتبس بحالة السُّكْر أحياناً، كما يحصل اختلاجات، ولاسيما لدى الأطفال، وإذا ظهرت الأعراض ليلاً فقد توقظ من النوم، وفي الحالات الشديدة قد تسبب فقد الوعي.

المضاعفات: يمكن، غالباً، معالجة وإيقاف هجمات انخفاض سكر الدم قبل أن تستفحل وتصبح خطيرة. والخطر الوحيد الحقيقي هو إمكانية حدوث الهجمة أثناء السباحة أو أثناء تشغيل آلية أو قيادة سيارة أو أثناء التواجد في مكان خطر.

العلاج: يمكن أن تجرى للمصاب بالداء السكري الذي يتناول الأنسولين، هجمة انخفاض سكر دم اصطناعية تحت الإشراف الطبي، بحيث يمكنه أن يتعلم تمييز ما يحدث له إذا أصيب بهجمة حقيقية. أما إذا أصيب بهجمة مفاجئة فليحاول أن يعرف سببها، وأن يتجنب حدوث هجمة أخرى. أما إذا كان يصاب بهجمات متكررة ومتماثلة، في كل ثلاث أو أربع أيام، يراجع الطبيب، حيث يمكن أن يخفض له جرعته من الأنسولين أو الأدوية الخافضة لسكر الدم.

العلاج الذاتي: إذا كان المصاب معرضاً للإصابة بهجمات انخفاض سكر الدم فعليه أن يحمل معه دائماً قطعاً من السكر، وعندما يشعر ببدء الهجمة يتناول شيئاً من هذه السكاكر إلى أن يشعر أنه قد عاد إلى حالته قبل الهجمة، ويحدث ذلك في غضون دقائق معدودة. وليعلم أقاربه وأصدقاءه بأعراض انخفاض سكر الدم الذي يصيبه بحيث يتمكنون من أن يقدموا له شيئاً حلواً (سكرياً) إذا أصبح بحالة متدهورة أو غير متعاون، ويُخبرهم بأنهم إذا قدموا له بعض عصير الفاكهة المحلى بالسكر، أو أدخلوا شراباً محلى بالسكر إلى فمه فقد يتمكن من الشفاء إلى درجة كافية لكي يأكل بنفسه شيئاً حلواً، مع التنبيه على ألاً يحاولوا أن يطعموه أي شيء، وهو فاقد الوعي، لأن ذلك يعرضه للإصابة بالغصة أو الاختناق.

إذا بدا للمصاب أن انخفاض سكر دمه ناجم عن أدوية يتناولها لعلاج اضطراب آخر، فليخبر طبيبه الذي ربما يوقف استعمال هذه الأدوية أو يقترح بدائل عنها. هذا وإن أحد بدائل حبوب السكر، الذي يتزايد استعماله هذه الأيام، هو أخذ زَرْقَةُ «غلوكاغون»، وهو هرمون يساعد على رفع سكر الدم ويفيد، بشكل خاص، إذا كانت الهجمة تفقد المصاب وعيه. ويعلِّم كثير من الأشخاص الذين يصابون بهجمات انخفاض سكر الدم أهلهم وأقاربهم وأصدقاءهم كيفية زرق الهرمون في عضلة الساق أو الذراع حين الضرورة. وفي نفس الوقت يتوجب عليه أن

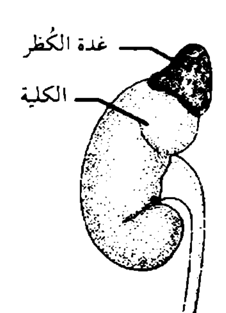
يُعلم أصدقاءه وأقاربه ومن يعيشون معه، بأنه إذا لم تنجع التدابير الموصوفة أعلاه، أو إذا لم تكن متوفرة فإنه يتوجب عليهم استدعاء العون الطبي فوراً.

العلاج الاختصاصي: يقوم الطبيب، في حالة هجمة انخفاض سكر الدم، بإعطاء المصاب زرقة غلوكوز في أحد أوردة ذراعه، وهذا يفعل فعله سريعاً بحيث أنه يستعيد وعيه بينما لا يزال الزرق مستمراً، ومن ثم يفتش عن سبب هجمة انخفاض سكر الدم وينصح بالطرق المناسبة لاتقاء هذه المشكلة مستقبلاً.

- 3 -
الغدتان الكُظريتان (الكُظران) (Adrenal gland)

الكُظْر غدة بحجم الزيتونة تقريباً، يوجد منها في جسم الإنسان غدتان تقع كل واحدة منهما فوق إحدى الكليتين مباشرة، (ولذلك يسميها البعض الغدة فوق الكلية)، وكل واحدة تنقسم إلى قسمين: اللب (أو النخاع) والقشرة (أو اللحاء).

ينتج اللب (Medulla) هرمونين هما الأدرينالين (Adrenaline) والنور أدرينالين (Nor Adrenaline) اللذين يلعبان دوراً في التحكم بمستوى عمل القلب وضغط الدم، ويحدد مقدار انتاجهما إشارات واردة من الدماغ تقوم بتنبيه الغدتين لانتاج الكمية اللازمة منهما. وتنتج القشرة (Cortex) ثلاث مجموعات من الهرمونات الستيروئيدية. تقوم هرمونات المجموعة الأولى بضبط تركيز وموازنة مختلف المواد الكيميائية في الجسم (مثال: تمنع فقدان الكثير من الماء والصوديوم في البول)، وأهم هرمونات هذه المجموعة هو الألدوستيرون (Aldosterone). وتقوم هرمونات المجموعة الثانية بوظائف عديدة أحدها هو تحويل الكاربوهيدرات أو النشاء إلى طاقة لتزويد الكبد بالغليكوجين (Glycogen)، وأهم هرموناتها هو الهيدروكورتيزون (Hydrocortisone). وأما المجموعة الثالثة فتتألف من هرمونات ذكرية تدعى الأندروجينات (Androgens) (منشط للذكورة)، وهرمونات أنثوية تدعى الاستروجين (Estrogen) والبروجسترون (Progesterone)، التي تؤثر على التطور الجنسي. كما يقوم المبيضان والخصيتان بإنتاج الهرمونات الجنسية أيضاً، كل جنس ينتج كلا النوعين من الهرمونات الذكرية والأنثوية، ولكن تطغى الأندروجينات عند الرجل، وهرمونا الأستروجين والبروجسترون عند المرأة. وتقوم الغدة النخامية (راجع ص 664) بالسيطرة على إنتاج كافة الهرمونات الستيروئيدية ما عدا هرمون الألدوستيرون (Aldosterone) (راجع ص 664)، الذي ينبه انتاجه هرمون آخر هو الرينين (Renin) الذي تنتجه الكليتان.



ينتج الكُظران، الواقع كل منهما فوق إحدى الكليتين، هرمونات تساعد على التكيف مع الشدتين العاطفية والجسمية.

متلازمة كوشينغ (Cushing's syndrome)

في متلازمة كوشينغ يوجد زيادة كبيرة من الهرمونات الستيروئيدية في الدم، ويعود سبب ذلك بشكل رئيسي إلى تناول جرعات كبيرة من العقاقير الستيروئيدية لعلاج مرض آخر (كالربو مثلاً)، أو لأن قشرة غدة الكُظر تنتج هرمونات ستيروئيدية زائدة، بسبب وجود ورم إما في غدة الكُظر نفسها أو في مكان آخر من الجسم يحرض وينبه الغدتين الكُظرتين ويزيد من إفرازهما. فإذا كان الورم في الغدة النخامية (راجع أورام الغدة النخامية ص 669) فالحالة تدعى مرض كوشينغ أكثر مما تدعى متلازمة كوشينغ.



إن الشخص المصاب بمتلازمة أو داء كوشينغ يسمن تدريجياً. ويمكن أيضاً أن يحمر وجهه وينتفخ.

الأعراض: تظهر أعراض هذا الاضطراب، عادة، خلال عدة شهور. أولاً: يصبح الوجه دائرياً وأحمر وأسمن من الاعتيادي، ويصبح الجسم أيضاً أسمن، وتنمو طبقة من الشحم بين لوحي الكتف مما يجعل المظهر ذا أكتاف دائرية، وفي نفس الوقت يحدث فقدان في عضلات الساعدين والساقين ويشعر المصاب بالضعف والتعب، وربما ظهر على جلده بقع وكدمات، تظهر بعض الأحيان تلقائياً، على الساعدين والساقين، وتصبح العظام رقيقة (راجع تخلخل العظام ص 707) وهشة.

إن متلازمة كوشينغ اضطراب غير شائع، وهو يصيب، نادراً، بعض الأشخاص الذين يتعالجون بالعقاقير الستيروئيدية لأمد طويل. ومرض كوشينغ أيضاً نادر جداً، ويصيب النساء الشابات ومتوسطات العمر.

العلاج: عند مراجعة الطبيب فإنه سيجري كل الفحوصات اللازمة للكشف عن وجود ورم ما في الغدة النخامية، وكذلك سيتأكد إن كان مريضه قد تناول علاجاً بالعقاقير الستيروئيدية لفترة طويلة. فإذا ثبت له إصابة مريضه بتناذر كوشينغ، وأن السبب هو تناول تلك العقاقير لعلاج مرض آخر، فإنه سيطلب تخفيض الجرعة تدريجياً لأنه لا يجوز أبداً إيقاف تناول هذا الدواء فجأة، فربما نشأ عن ذلك قصور كُظري حاد (راجع داء أديسون لاحقاً)، ثم التفتيش عن علاج آخر بديلاً عنه. أما إذا كان السبب وجود ورم في الغدة النخامية فيمكن علاجه إما بالجراحة أو بتطبيق الأشعة، وكبديل لذلك يمكن استئصال غدة الكُظر، وعندها يجب، ولبقية العمر، تناول أدوية يومية تعوض عن الهرمونات المفقودة بسبب استئصال الغدة.

داء أديسون (Addison's disease)

للتعريف، وباختصار، هو مرض يسببه قصور قشرة غدة الكُظر (Cortex)، حيث يقل بالتدريج، وعلى مدى سنوات، إنتاجها للهرمونات. والسبب الأكثر شيوعاً لهذا المرض،

اليوم، هو تدمير الجسم لقشرة الغدة بسبب خطأ في المناعة الذاتية، حيث يقوم جهاز مناعة الجسم، خطأً، بمهاجمة وتدمير أحد أنسجة أو أعضاء الجسم نفسه وكأنه عنصر غريب، كما يعتبر التدرن (ص 739) أحد أسباب داء أديسون ولكنه مرض نادر.

الأعراض: تتطور الأعراض، عادة، بشكل تدريجي، وتتضمن فقدان الشهية للطعام ونقص الوزن والشعور بازدياد التعب والضعف وفقر الدم، وربما حدثت هجمات من الإسهال وتعرُّق وعسر هضم معتدل مع غثيان وإقياء، ويصبح الجلد قاتماً ويبقى كذلك.

إذا لم يعالج المرض، يصبح الشخص عرضة للإصابة بقصور غدة الكظر الحاد، وهذا يجعله عرضة للإصابة بالأخماج، وربما حدث إقياء شديد وإسهال يتبعه تجفاف أو فقدان السوائل من الجسم، ومن ثم فقدان الوعي، ويأتي الموت لاحقاً إذا لم يُسعف المصاب بسرعة.

العلاج: عند مراجعة الطبيب سيجري فحصاً لدم المصاب لمعرفة مستويات الهرمونات الستيروئيدية فيه، فإذا تم تشخيص مرض أديسون، على المريض أن يتناول حبوب الهرمونات الستيروئيدية مدى العمر لتعويض الهرمونات التي كانت غدة الكُظر تشكلها سابقاً. وفي بعض الحالات تكون الحقن ضرورية أيضاً. وبعد تطبيق العلاج تتراجع جميع الأعراض ويعود الشخص إلى حالته الطبيعية.

وأخيراً نقول: يُنصح كل مصاب بهذا الداء بحمل بطاقة، بشكل دائم، تشرح مرضه وحالته للاستفادة منها حين الحاجة (حادثة طارئة مثلاً).

متلازمة كون (Conn's cyndrome)

مرض نادر جداً، يحدث بسبب زيادة انتاج هرمون الألدوستيرون (Aldosterone) الذي تفرزه قشرة غدة الكظر (Cortex) مما يؤدي إلى ارتفاع ضغط الدم. يصاحب هذه الحالة عادة قصور قلب احتقاني (ص 460) وتشمع كبد (ص 619)، أو أمراض أخرى طويلة الأمد. وقد يكون سبب المرض، في حالات نادرة، نمو ورم على واحدة من غدتي الكُظر، ويعرف هذا النوع من الاضطراب بمتلازمة كون (Conn) .

الأعراض: أهم أعراض هذا المرض هو ارتفاع ضغط الدم. أما الأعراض الأخرى فتتضمن وخزات وضعفاً في الأطراف وتقلصات عضلية في اليدين والساقين وعطشاً متزايداً يرافقه تبول مفرط.

العلاج: إذا تأكد الطبيب من إصابة مريضه بهذا الاضطراب، فإن علاج الورم النامي على قشرة الكظر يكون باستئصاله بعملية جراحية، أما إذا كانت الحالة ناتجة عن مرض آخر فلا بد من معالجة هذا المرض..

ورم القواتم (Pheochromocytoma)

إن هرموني الأدرينالين (Adrenaline) والنور أدرينالين (Nor Adrenaline) اللذين ينتجهما لب غدة الكظر (Medulla) يعملان مع الجهاز العصبي للتحكم بمستوى عمل القلب وضغط الدم. في بعض الحالات النادرة قد ينمو ورم في لب غدة الكُظر ويسبب إفراز كميات زائدة من الهرمونين المذكورين. ونتيجة لذلك فإن إجراء التمارين الخفيفة والتعرض للبرد وأي انزعاج عاطفي ثانوي والخوف والإثارة، كلها عوامل تسرِّع القلب وتسبب شحوباً وتعرقاً، وشعوراً بالإغماء أو الضعف مترافقاً بصداع شديد. وأثناء الهجمة يرتفع ضغط الدم كثيراً مما يؤدي إلى مشاكل عديدة أخرى (راجع ص 463).

العلاج: عند حدوث هجمة، مما تم وصفه أعلاه، يجب مراجعة الطبيب وهو سيقوم بإجراء فحوصات للدم والبول. فإذا أظهرت النتائج وجود فرط في إفراز الأدرينالين والنورأدرينالين فإنه سيصف الأدوية اللازمة لمنع حدوث هجمات أخرى. وإذا تبين وجود ورم في غدة الكُظر فيجب إزالته جراحياً.

- 4 -
الغدة الدرقية والغدد المجاورة لها (Thyroid and parathyroid glands)

يشبه شكل الغدة الدرقية شكل الفراشة، وتقع على الجهة الأمامية من العنق تحت تفاحة آدم مباشرة، وتتألف من فصين، كل فص يقع على إحدى جهتي الرغامى، ويتصل الفصان بواسطة شريط رفيع من نسيج الغدة ذاتها.



تنتج هذه الغدة هرموناً يدعى التيروكسين (Thyroxine) أو (T4) ويتم ذلك تحت سيطرة وتأثير الهرمون المنبه للغدة الدرقية الذي تنتجه الغدة النخامية (Pituitary) . يقوم التيروكسين بالتحكم بنسبة التفاعلات الكيميائية التي تحدث في الجسم. وكلما ازدادت نسبته في الجسم كلما كان الجسم سريعاً في تفاعلاته.

وهو يحتوي على عنصر اليود (Iodine) ، وهذا يوجد، بشكل رئيسي، في السمك ومنتجات البحر. ونظراً لندرة اليود في الغذاء فإن بعض العلماء يهتمون بتوفير كمية كافية منه في الغذاء، وينصحون بإضافته إلى ملح الطعام والخبز بكميات مدروسة.

على الزوايا الأربعة للغدة الدرقية تقع أربع غدد مجاورة لها، كل منها بحجم حبة الحمص، تقوم بانتاج هرمون الغدد المجاورة للدرق، يعمل هذا الهرمون مع هرمون آخر يدعى كالسيتونين (Calcitonin) ، تصنعه الغدة الدرقية، ومع فيتامين (د) (Vit.D.) ، يعملون معاً، على

التحكم بنسبة الكالسيوم في الجسم. يحتاج الجسم للكالسيوم لنمو العظام والأسنان بالإضافة إلى أنه يلعب دوراً هاماً في تخثر الدم، ويؤدي وظائف خاصة بالأعصاب والعضلات. يرفع هرمون الغدد المجاورة للدرق وفيتامين (D) من نسبة الكالسيوم في الدم عن طريق جعل المعي يمتص كالسيوم أكثر من الطعام، وعن طريق جعل الجسم يفرز كمية أقل من الكالسيوم مع البول.

فرط نشاط الغدة الدرقية (Hyperthyroidism)

هي حالة يزداد فيها نشاط الغدة الدرقية بشكل مفرط، (وتسمى أيضاً: الانسمام الدرقي ـ السلعة السمية ـ داء كريف). وفيزيولوجياً تشرف الغدة النخامية (Pituitary) على نشاط الغدة الدرقية وتراقبه بدقة فلا تسمح لها، عادةً، بزيادة النشاط، ويتم ذلك بواسطة هرمون خاص تركبه وتفرزه الغدة النخامية، ويقوم هذا الهرمون بمراقبة الدرقية ومنع نشاطها الزائد، ولسبب مجهول، وعلى الرغم من وجود مقدار كاف من هرمون النخامية المذكور، نجد أن الغدة الدرقية تنتج باستمرار مقادير كبيرة من هرمونها (التيروكسين Thyroxine)، فيسبب هذا المقدار الزائد تسارعاً عاماً لجميع التفاعلات الكيميائية في الجسم، الجسمية منها والذهنية.

الأعراض: توجد أعراض كثيرة ومتباينة خاصة ونوعية لحالة فرط نشاط الغدة الدرقية إلا أنه عادة، وبشكل عام، لا تصيب تلك الأعراض، مجتمعة، الشخص المصاب بفرط نشاط الدرقية. وبما أن العمليات الذهنية عند المصاب تتسارع بوضوح، فإنه يصبح متململاً قلقاً، وقد يشعر بالتعب والتوتر في نفس الوقت، مع صعوبة، أو عدم مقدرة على الاسترخاء أو النوم، وقد يشعر بالارتعاش العام وخاصة في اليدين، ويظهر ذلك بوضوح أثناء الكتابة، أو أثناء أداء مهمات أخرى تتطلب حركة يدوية دقيقة. وقد لا يشعر المصاب بالبرد إطلاقاً في الأجواء البادرة، ويميل إلى ارتداء ملابس صيفية، وربما يتعرق أيضاً، وقد تصبح ضربات قلبه غير منتظمة وأكثر سرعة حتى في حالة الاسترخاء. وقد يحدث ما يشبه الخفقانات أو الرفرفة في الصدر، وقد ينقطع النَفَس بعد إجراء تمرين بسيط، وقد يتعرض المصاب لهجمات من الإسهال. وبسبب تسارع عمليات الجسم الاستقلابية، فإنه يحتاج إلى مزيد من الطاقة، لذلك نجده يأكل أكثر من الطبيعي مع عدم حدوث زيادة في الوزن، بل ربما يميل الوزن للتناقص، وفي بعض الحالات تهزل عضلات الجسم لدرجة يجد فيها المصاب صعوبة في المشي، أو حتى في رفع الذراعين أو الرأس، وقد ينقطع أو يتضاءل الطمث عند النساء. وربما يلاحظ بالعين المجردة ضخامة واضحة في الناحية الأمامية من العنق ناجمة عن ضخامة الغدة الدرقية.

وهناك أعراض أخرى أقل شيوعاً، ففي بعض الحالات قد يشعر المصاب بعدم ارتياح في عينيه، وقد تبدو العينان واسعتي الانفراج وبارزتين (راجع جحوظ العين ـ ص 383) مما يؤدي

أحياناً إلى رؤية مضاعفة أو ضبابية، إلا أن انتفاخ الجفنين واحمرارهما هو العَرض الأكثر حدوثاً، وقد يشعر بوجود قضيض[1] في عينيه.

المضاعفات: رغم أن هذا المرض قليل الحدوث، فهو يصيب الإنسان في أي عمر كان، لكنه نادر جداً عند الأطفال، ومن الملاحظ أنه يصيب النساء بنسبة تزيد ثماني مرات عن إصابته للرجال. وكما أن أعراض هذا المرض متباينة فإن مضاعفاته متباينة أيضاً، فهو قد يشفى تماماً، وقد تحدث نوبات معاودة منه، وربما يكون مميتاً إذا ترك دون علاج لسنوات عديدة. أما إذا كان المصاب به مصاباً أيضاً بارتفاع الضغط الدموي وتصلب الشرايين فإنه يواجه خطراً أكبر محتملاً؛ إذ قد يؤدي أي إجهاد زائد على قلبه إلى حدوث ذبحة صدرية أو قصور قلب أو عدم انتظام القلب.

العلاج: تلتبس، أحياناً، أعراض فرط نشاط الغدة الدرقية مع أعراض الاضطرابات النفسية مثل القلق (ص 340) والاكتئاب (ص 336)، لذلك يقوم الطبيب، عادة، بعد إجراء الفحص السريري لمريضه، بإجراء عدة اختبارات لتحديد مقدار هرمون الغدة الدرقية في الدم، ومدى نشاط الغدة النخامية التي تراقب الأمر، فإذا ثبت وجود فرط نشاط في الغدة الدرقية يقوم الطبيب بإجراء مسح شامل لها لتحديد ما إذا كانت الإصابة في كامل الغدة أو في جزء منها (راجع العقيدات الدرقية ص 685).

بعد التأكد من الإصابة بفرط نشاط الغدة الدرقية، يلجأ الطبيب إلى العلاج بإحدى طرق ثلاث يختارها هو حسبما يراه مناسباً.

الطريقة الأولى: هي تناول مضغوطات (حبوب) تحوي عقاقير مضادة للدرق حيث تتم السيطرة على الحالة، غالباً، في غضون ثمانية أسابيع. وينصح الطبيب مريضه، عادة، بالاستمرار في تناول المضغوطات لمدة سنة كاملة، ومن حيث النتيجة يشفى معظم المصابين بفرط نشاط الدرقية بهذه الطريقة، ولكن هناك مرضى تعاودهم الأعراض من جديد، لذلك فإنهم يحتاجون لاحقاً لمعالجة إضافية.

الطريقة الثانية: هي إجراء عملية جراحة لاستئصال جزء من الغدة الدرقية، كبيراً كان أم صغيراً، حسبما تستدعيه الحالة المرضية، وعادة تشفي الجراحة حالة فرط النشاط عند (90%) من المصابين، وفي بعض الحالات فقط يحدث قصور في الدرق أو في مجاورات الدرق كأحد مضاعفات الجراحة (راجع قصور الغدة الدرقية ص 684 وقصور مجاورات الدرق ص 687).

الطريقة الثالثة: هي الأكثر شيوعاً، وتتلخص بتناول اليود المشع على شكل مشروب رائق مالح قليلاً. واليود هو مقوّم جوهري للهرمون الدرقي، ولذلك يصبح في النهاية متركزاً في الغدة الدرقية، فيعمل على السيطرة ببطء على النشاط الخلوي المفرط فيها. فإذا كان مقدار الإشعاع

(1) القضيض: هو جملة مفرزات تتشكل عند حواف الأجفان نتيجة آفة التهابية عادة، وتمتزج مع الدمع والغبار وتتجفف بشكل قشور (تدعى القضيض).

كافياً للعلاج فإن الغدة المفرطة النشاط تصبح أقل نشاطاً، وفي بعض الحالات قد يتوجب، في مرحلة لاحقة، تناول دواء للمعاوضة عن نقص النشاط (راجع قصور الغدة الدرقية ـ البحث التالي ـ).

إن لكل واحدة من طرق العلاج السابقة الذكر مساوئها ومحاسنها، والطبيب وحده، هو الذي يحدد أي منها أفضل لمريضه. وبشكل عام، إذا طبق العلاج المناسب في الوقت المناسب فغالباً ما يستعيد المصاب صحته الطبيعية بعد العلاج.

قصور الغدة الدرقية (Hypothyroidism)

إن قصورالغدة الدرقية، والذي يدعى أحياناً الوذمة المخاطية (Myxedema) ، هو نقص نشاط هذه الغدة، وعندما يحصل هذا القصور فإن الغدة الدرقية تنتج مقادير صغيرة فقط من الهرمون الدرقي (التيروكسين)، فتتباطأ نتيجة ذلك جميع العمليات الكيميائية في الجسم.

يمكن أن يعزى نقص نشاط الغدة الدرقية إلى عدة أسباب، أو ربما يحدث دون سبب ظاهر. من الأسباب النادرة لذلك معالجة فرط الدرقية التي قد تحمل خطورة هامة بحيث تصبح الغدة المفرطة النشاط، قليلة النشاط لاحقاً، ومنها نقص الهرمون المحرض للدرقية الذي تفرزه الغدة النخامية، أو بسبب نقص عنصر اليود في الغداء، كما يمكن أن يكون السبب، الإصابة بداء هاشيموتو، وهو اضطراب في التفاعل المناعي للجسم يسبب تخريب غدة الدرق. وفي أحوال شديدة الندرة يولد الطفل بدون غدة أو بغدة معيبة، فتكون النتيجة انعدام أو نقص الهرمون الدرقي، فإذا لم تكتشف هذه الحالة عند الوليد، ولم تعالج، فإن ذلك سيؤدي إلى قصور عقلي غير عكوس.

الأعراض: تتطور أعراض قصور الدرقية ببطء مستغرقةً أشهراً وربما سنين، فإذا أصيب المرء بقصور الدرقية فإن كامل جسمه يتباطأ، ويشعر، باستمرار، بأنه تعب ومنهك القوى، كما يجد بأن إنجاز المهام الذهنية البسيطة يستغرق وقتاً أطول، وربما يصاب بأوجاع معممة ويتحرك ببطء أكثر من المعتاد، وقد تتباطأ نبضات قلبه حتى (50) نبضة بالدقيقة (المعدل الطبيعي حوالي 70 ـ 80)، كما تتباطأ عضلات الأمعاء مما يسبب نوبات من الإمساك. ولأن تباطؤ عمليات الجسم يقلل الحاجة إلى القدرة، فسيجد المصاب نفسه يأكل أقل من الطبيعي لكن وزنه يزداد (بسبب قلة الحركة وعدم حرق الحريرات المأخوذة)، ويبدأ بالشعور بالبرد بحدة أكثر، فيرتدي من الثياب أكثر مما يرتدي الآخرون، وتميل الأشعار عنده إلى النحف والجفاف وفقدان الحيوية، ويصبح جلده جافاً ويثخن بسبب تراكم مادة تشبه المخاط ضمنه، ولا يعرف لماذا يحدث ذلك، مما يجعل وجهه يبدو منتفشاً (متورماً)، كما يتراكم النسيج المنتفش في حباله الصوتية أيضاً مما يجعل صوته يصبح أعمق من المعتاد ومبحوحاً، وفي أذنيه مما يؤدي لفقدان السمع جزئياً أو كلياً، وفي معصميه فيضغط على الأعصاب مما يسبب حس التنميل والوخز

فيهما، وربما تصبح الدورات الشهرية لدى النساء المصابات أطول وأغزر، وكل من النساء والرجال قد يفقد الاهتمام بالجنس.

وفي الحالات الشديدة جداً من قصور الدرقية يصبح المصاب بارد الجسم جداً وراغباً كثيراً في النوم (نعساناً)، وربما يفقد الوعي أخيراً، وتدعى هذه الحالة النادرة بسبات الوذمة المخاطية، وربما تحدث هذه الحالة بسبب برودة الطقس أو بسبب تناول بعض الأدوية ولاسيما المركنات (المهدئات).

أما الطفل المولود بقصور درقي فيكون وسيناً (يشعر بالنعاس دائماً) ويصعب إرضاعه، وله لسان ضخم ومصاب بفتق سري غالباً (راجع الفتوق ص 699)، ومثل هذا الطفل يصاب عادة بيرقان مديد (راجع يرقان ما بعد الولادة ص 865) تلو الولادة.

المضاعفات: إذا ترك الوليد المصاب دون معالجة فإنه لا ينمو ولا يتطور بالشكل الصحيح، وعوضاً عن ذلك يصبح قزماً ومتأخراً عقلياً. أما عند البالغين، فمن المرجح أن لا تكون الحالة مميتة ما لم يحصل سبات الوذمة المخاطية.

العلاج: عند مراجعة الطبيب، فإنه يقوم بفحص مريضه، ويأخذ عدة عينات من دمه للتحليل، فإذا وجد سوية منخفضة من هرمون الدرق (التيروكسين) في تلك العينات فإن تشخيص الحالة هو قصور الغدة الدرقية، أما إذا وجد أضداداً نشطة تعاكس الغدة الدرقية فالحالة هي داء هاشيموتو.

قد يكتشف قصور الدرق لدى الرضع عند إجراء الفحص الجسمي بعد الولادة مباشرة، وقد يطلب الطبيب فحص عينات من دم الوليد، بعد ولادته بأيام قليلة، للتأكد من الإصابة. يُعالج قصور الغدة الدرقية بتناول أقراص من هرمونات الغدة الدرقية التصنيعية (التيروكسين) طوال الحياة، وتحت إشراف الطبيب المختص، حيث يبدأ المصاب بالتحسن بعد عدة أيام فقط من بدئه في استعمال الدواء، ويبدأ بالعودة إلى الوضع الطبيعي بعد عدة أشهر فقط. لذا يجب البدء بإعطاء الدواء للوليد المصاب بأسرع ما يمكن وتحت إشراف الطبيب المختص، فإذا بدئ بالمعالجة قبل أن يبلغ الوليد ثلاثة أشهر فإن فرصته جيدة جداً في النمو والتطور الطبيعيين، وعلى الوالدين، في مثل هذه الحالة، التأكد يومياً من أن الطفل يتناول دواءه تماماً حسب إرشادات الطبيب.

العقيدات الدرقية (Thyroid nodules)

العقيدة الدرقية هي كتلة واضحة تنمو في غدة درقية طبيعية، وهناك أربعة أنواع من العقد الصغيرة:

- كيس طري مملوء بسائل.
- منطقة ذات سطح نازف تدعى العقيدة النازفة (Hemorrhage).

ـ نمو سليم غير محتمل الانتشار يدعى الورم الغدي (Adenoma) .

ـ نمو خبيث محتمل الانتشار وتهديد الحياة يدعى بالسرطان الغدي (Carcinoma) .

إن سبب نمو العقيدة الدرقية أو نمو عدة عقيدات في نفس الوقت، لا يزال مجهولاً.

الأعراض: تبدو عقيدة الغدة الدرقية كانتفاخ بسيط في القسم الأمامي من العنق على الغدة الدرقية مباشرة، ومن المحتمل أن تكون مؤلمة أو كبيرة بشكل يصبح فيه البلع والتنفس صعبين، ولكن هذا نادر الحدوث.

العلاج: إن كافة العقيدات، ما عدا السرطان الغدي، هي غير مؤذية عادة. فإذا كانت العقيدة صغيرة، ينصح الطبيب بتركها، وأما الكيس الكبير فيمكن إزالته بامتصاص السائل الذي بداخله بواسطة إبرة. وإذا أظهر مسح الغدة الدرقية (راجع التعريف ص 9)، أن العقد ربما تكون سرطاناً غدياً، أو إذا كانت العقد ورماً غدياً يسبب فرط إفراز الدرق، فيجب إزالة كل الغدة الدرقية أو تدميرها. وبعد هذا العلاج يجب تناول حبوب هرمونات الغدة الدرقية مدى العمر، لأن فقدان الجسم للغدة الدرقية يؤدي لفقدان هرموناتها كلياً ولا بد، كي تستمر الحياة، من تعويض تلك الهرمونات الطبيعية بهرمونات صناعية مشابهة.

إن أمل شفاء المصابين بسرطان الغدة الدرقية كبير، ويحتاج بعضهم، بالإضافة إلى استئصال الغدة جراحياً، إلى سلسلة متتالية من العلاجات باليود المشع.

فرط نشاط الغدد مجاورات الدرقية (Hyperparathyroidism)

يحدث فرط إفراز الغدد مجاورات الدرقية بسبب نمو صغير سليم (غالباً) في إحدى تلك الغدد الأربع، أو بسبب تضخم عام للغدد الأربع. أما سبب هذا النمو أو ذلك التضخم فإنه غير معروف.

تساعد الغدد المجاورة للدرق في السيطرة على نمو العظام، لذلك يؤدي فرط إفراز هرموناتها إلى ارتفاع نسبة الكالسيوم في الدم لدرجة كبيرة، ومعظم هذا الكالسيوم يتم إزالته من العظام. وفي نفس الوقت تقوم الكليتان بطرح كمية أكبر من الكالسيوم مع البول للتخلص من الزائد منه، لكن ما تطرحه يبقى محدوداً، فيتراكم في الدم تدريجياً على مر السنين.

الأعراض: لا تظهر أية أعراض على معظم المصابين إلا إذا تقدم المرض تقدماً كبيراً، ومعظم حالات فرط إفراز مجاورات الدرق يتم الكشف عنها عند فحص نسبة الكالسيوم في الدم لأي سبب كان. وبعد عدة سنوات من الإصابة تشكل الكميات الزائدة من الكالسيوم، التي كانت تطرحها الكليتان مع البول، حصيات الكلية (ص 655). كما يسبب ارتفاع نسبة الكالسيوم في الدم خللاً في الاستقلاب وعسر هضم واكتئاباً في بعض الأحيان، وفي نفس الوقت فإن نقص الكالسيوم من العظام يجعلها هشة وضعيفة ومؤلمة وسهلة التهشيم.

العلاج: إذا ثبت للطبيب، بعد إجراء فحوصات لنسبة الكالسيوم في الدم ونسبة هرمون الغدد المجاورة للدرقية وتخطيط الغدة، أن هناك فرط إفراز فإنه سينصح بإجراء جراحة لإزالة نمو واحد أو ثلاثة من أصل أربع عقد مجاورة للدرقية تكون متضخمة، وهذا يشفي، عادة، الحالة تماماً، ولكن يبقى هناك، بعد العملية، احتمال أن ما تفرزه الغدد المجاورة للدرقية من هرمون، للحفاظ على نسبة طبيعية من الكالسيوم في الدم، لا يعود كافياً. كذلك، وفي نفس الوقت يجب علاج أية حصيات كلوية كانت قد تشكلت قبل إجراء العملية الجراحية.

قصور الغدد مجاورات الدرقية (Hypoparathyroidsm)

في هذه الحالة لا تنتج الغدد مجاورات الدرقية، التي تساعد في التحكم بنمو العظام، هرمونات كافية مما يسبب انخفاض نسبة الكالسيوم في الدم إلى ما دون الطبيعي. قد يحدث هذا الاضطراب منفرداً أو يصاحبه قصور في وظائف غدد أخرى ذات إفراز داخلي (غدة الكُظر أو الغدة الدرقية مثلاً) وسبب ذلك في كلا الحالتين مجهول.

في بعض الحالات، يكون سبب هذا القصور عملية جراحية سابقة أجريت للغدة الدرقية بسبب نشاطها المفرط، أو بسبب عملية جراحية أجريت على الغدد مجاورات الدرقية للسيطرة على فرط نشاطها أيضاً.

إن هذا المرض نادر الحدوث ويصيب الأطفال أكثر من الكبار.

الأعراض: أهم الأعراض هي معص عضلاني يشبه التشنجات، في عضلات اليدين والقدمين والحلق، وتعرف هذه التشنجات بالتكزز (هي غير الكزاز). وتتضمن الأعراض الأخرى وخزات وتنميلاً في الوجه واليدين وجفاف البشرة وقلة الشعر وقلاعاً فموياً وأخماجاً مهبلية فطرية. وإذا أصاب المرض طفلاً، ولم يكتشف ذلك، فإنه يصاب بإقياء أو/ وصداع أو و/ اختلاجات (ص 895)، وضعف، وسوء في نمو الأسنان، وتأخر النمو العقلي أحياناً.

العلاج: بعد أن يتم تشخيص المرض، يجب تطبيق علاج طويل الأمد مع تناول حبوب كالسيوم وفيتامين (D) اللذين سيعيدان نسبة الكالسيوم في الدم إلى حدودها الطبيعية. وإذا حدثت هجمة تكزز فيجب إعطاء المصاب حقنة كالسيوم، فوراً، فيعود إلى حالته الطبيعية سريعاً.

إن إعطاء المصاب جرعات مدروسة وصحيحة من الفيتامين (D) والكالسيوم يعيدانه إلى حالته الطبيعية والسليمة، ودائماً، يجب وضع المريض بهذا الداء تحت المراقبة الطبية المستمرة للتأكد من استمرار وجود نسبة كالسيوم صحيحة في دمه.

الفصل الثاني عشر

اضطرابات العضلات والعظام والمفاصل (Disorders of the muscles, bones & joints)

تزود العضلات والعظام والمفاصل الجسم ببناء داعم يسمح بمرونة الحركة، وتمثل العضلات الجهاز المنفذ لحركة الجسم كله ولحركة الأعضاء منفردة، وذلك بسبب بنيتها من نسيج قابل للتقلص والتمدد.

تقسم العضلات (اللحم باللهجة الدارجة) إلى قسمين رئيسيين هما العضلات الإرادية (Voluntary muscles) والعضلات اللاإرادية (Involuntary muscles) ، وتعمل كلها بأوامر تصدر عن الدماغ. وكمثال على العضلات الإرادية (التي يحركها الإنسان حسب رغبته) نذكر عضلات اليدين والرجلين، ومع ذلك فإن العضلة لا تتحرك إلا بعد تلقي الأمر من الدماغ سواء بالتقلص أو بالتمدد، ويقوم الجهاز العصبي بنقل كل تلك الأوامر من الدماغ عبر الأعصاب إلى العضلات. وكمثال على العضلات اللاإرادية نذكر عضلة القلب وعضلات جهاز الهضم؛ فهي تؤدي وظيفتها من دون سيطرة واعية أو إدراك. وسندرس في هذا الفصل العضلات الإرادية فقط، وسندرس العضلات اللاإرادية عند دراسة الأعضاء التي تسيطر على حركتها ووظيفتها.

العظام هي الجزء الصلب في جسم الإنسان، وهي بمثابة الحديد في البناء. يتألف الهيكل العظمي للإنسان من (208) عظمة تعمل كلها كجهاز داعم هام لمختلف أقسام الجسم؛ أضف إلى ذلك أن الجمجمة تحمي الدماغ، والقفص الصدري مع العمود الفقري يحميان القلب والرئتين وبعض الأعضاء البطنية العليا.

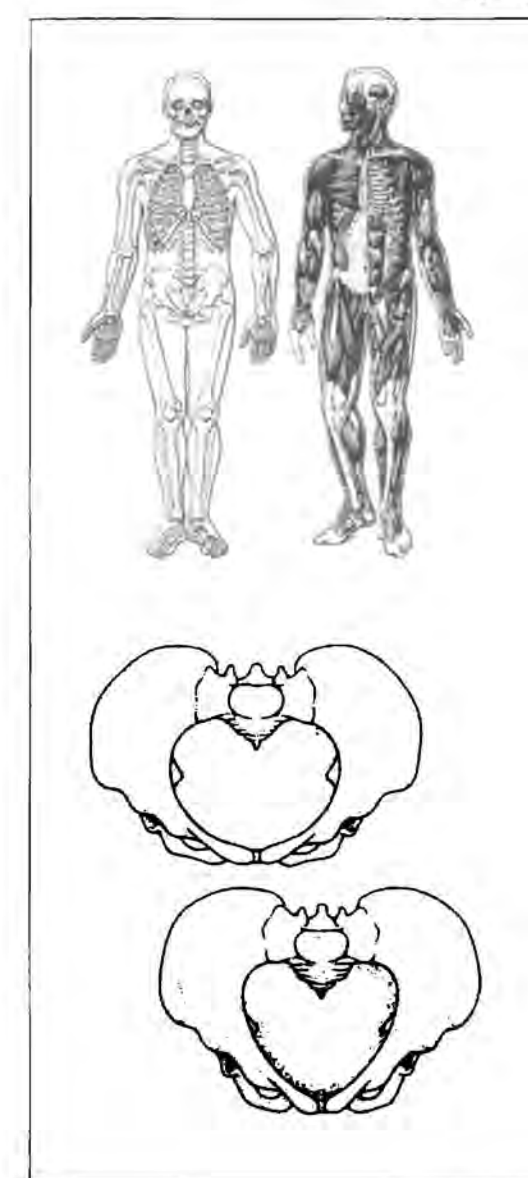
ليست العظام تراكيب جامدة بلا حياة؛ فهي تتألف من خلايا حية منطمرة في بناء قاسٍ من المعادن، وخاصة الكالسيوم والفوسفور، كما توجد فيها خلايا بانية للعظام تقوم ببناء وتجديد ما تلف، وتكوين عظام جديدة على مدى الحياة، وتتكفل بترميم العظام المكسورة.

يتألف العظم، بشكل عام، من السمحاق الذي يغلف العظم من الخارج، ومن جسم العظم وهو الجزء الصلب، وطرف العظم في العظام الطويلة، ومخ العظم أو النقي وهو يوجد داخل العظام ويقوم بتصنيع خلايا الدم.

أما المفاصل فهي تؤمن اتصال عظام الجسم مع بعضها البعض، وهي عدة أنواع، منها المفاصل الثابتة كتلك التي تصل عظام الجمجمة مع بعضها البعض، ومنها ما يسمح بحركة

بسيطة مثل مفاصل القدم والعمود الفقري، وهذه تعطي مرونة كافية لتحريك الجسم، ومنها ما يسمح بحركة أكبر من ذلك كمفصل الركبة والكتف ولكن حركتها محدودة أيضاً حسب وظيفتها. ولكل من تلك المفاصل تركيبة خاصة معقدة، لكنها كلها تتألف من ألياف ليفية خارجية متينة تشد عظام المفصل إلى بعضها تسمى الأربطة، ومحفظة ليفية متينة تحيط بالمفصل تسمى الكيس المفصلي، ويوجد داخلها غشاء مصلي يفرز باستمرار كميات بسيطة من سائل لزج مخاطي يساعد على حركة وتزليق المفصل، ويغطي نهايات العظام الملتقية داخل المفصل طبقة غضروفية مرنة ناعمة تساعد على الانزلاق والحركة.

الجهاز العضلي العظمي



ـ كيف تعمل العضلات والهيكل العظمي مع بعضهما؟:

تتصل العضلات الهيكلية بعظمين أو أكثر، وعندما تتقلص العضلة فإنها تحرك العظام المتصلة بها، ودائماً تتحرك العضلات ضمن مجموعات متناسقة، فتقلص عضلة ما، يرافقه استرخاء عضلة أخرى، في حين لا تتحرك العضلات الأخرى قرب المفاصل.

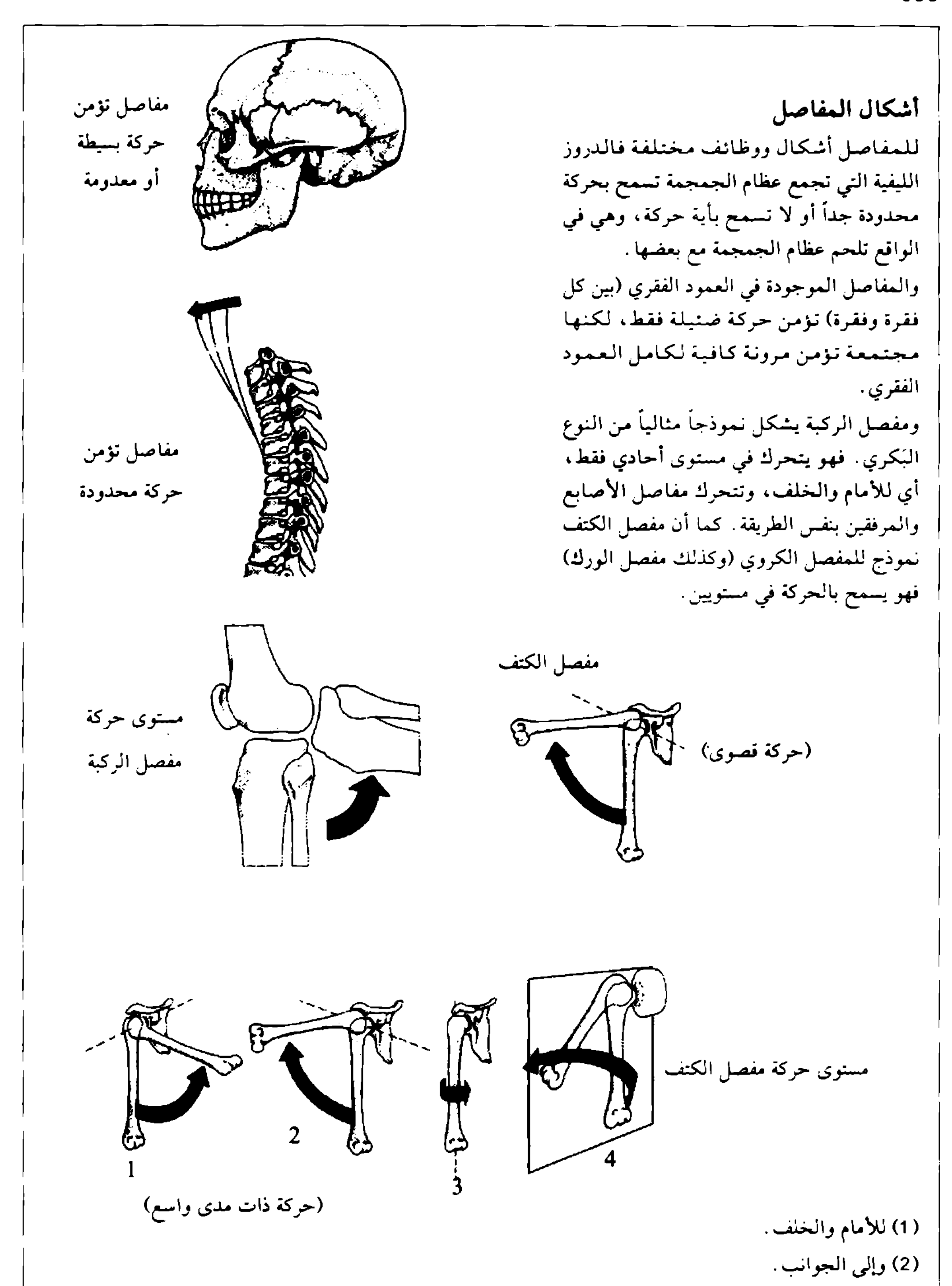
ـ عضلات البطن: تلك المجموعة الكبيرة من العضلات تساعد على الحركة المنتظمة في التنفس وتوازن عضلات العمود الفقري أثناء حركات الرفع، كما تحافظ على ثبات الأمعاء والأعضاء الباطنية الأخرى في مكانها.

ـ عضلات الأرجل: إنها أقوى عضلات الجسم، ولها رؤوس تثبيت عريضة وقوية خاصة عند الحوض.

ـ عضلات الرأس والرقبة: يؤدي تقلص هذه العضلات إلى ظهور تعابير في الوجه وحركات في الرأس، وهي أيضاً مسؤولة عن الكلام والبلع.

ـ عضلات الذراع: يقع معظمها في الكتف وأسفل المرفق، وهذه لها أوتار طويلة توصل عضلات الساعد إلى الرسغ والأصابع.

ـ حوض الذكر والأنثى: كل عظام المرأة تشابه عظام الرجل تقريباً إلا أنها أصغر منها حجماً بشكل عام باستثناء عظم الحوض وعظم الورك. فحوض المرأة عادة أعرض من حوض الرجل، وفيه فراغ أكبر في منتصفه ليستوعب رأس المولود أثناء مروره من الرحم عبر الحوض إلى العالم الخارجي.



أشكال المفاصل

للمفاصل أشكال ووظائف مختلفة فالدروز الليفية التي تجمع عظام الجمجمة تسمح بحركة محدودة جداً أو لا تسمح بأية حركة، وهي في الواقع تلحم عظام الجمجمة مع بعضها.

والمفاصل الموجودة في العمود الفقري (بين كل فقرة وفقرة) تؤمن حركة ضئيلة فقط، لكنها مجتمعة تؤمن مرونة كافية لكامل العمود الفقري.

ومفصل الركبة يشكل نموذجاً مثالياً من النوع البَكري. فهو يتحرك في مستوى أحادي فقط، أي للأمام والخلف، وتتحرك مفاصل الأصابع والمرفقين بنفس الطريقة. كما أن مفصل الكتف نموذج للمفصل الكروي (وكذلك مفصل الورك) فهو يسمح بالحركة في مستويين.

(1) للأمام والخلف.

(2) وإلى الجوانب.

(3) ويسمح بالدوران.

(4) وتتضمن حركة الذراع مزيجاً من هذه الحركات كلها.

وعموماً فإن المفاصل البكرية ذات الحركة محدودة المدى تكون أكثر ثباتاً وأقل تعرضاً للخلع من المفاصل الكروية.

- 1 -
الإصابات (Injuries)

إن العضلات والعظام والمفاصل عرضة للتلف، من جراء الإصابات أكثر من أية أجزاء أخرى في الجسم. وبما أن لكل عضلة قوة شد محدودة فقد تتمزق العضلة أو تتلف إذا حُمّلت قوة كبيرة جداً، كمحاولة رفع وزن ثقيل جداً. وبشكل مماثل، فإن العظام لا تستطيع أن تغير شكلها تجاوباً مع الضغط الكبير عليها لذلك فإنها تتهشم وتتصدع إذا تعرضت إلى جهد كبير. وكذلك حال المفاصل، حيث أن كل مفصل في الجسم مصمم ليسمح بمدى معين من الحركة، فإذا حصل فرط انحناء في المفصل، أو أجبر على الحركة باتجاه غير طبيعي، فإن الأربطة، أو الأنسجة الأخرى التي تربط العظام المتجاورة مع بعضها، ستتلف وتتأذى.

التمزق العضلي (Muscular tear)

إذا شُدَّت العضلة بشكل زائد، كما يحدث عند إجبارها على أداء تمرين عنيف، فإن الألياف التي تشكل العضلة قد تتمزق كلياً، أو جزئياً، أو ربما تنفتق أو تنفتح وقد يحدث فيها نزف داخلي يؤدي إلى انتفاخها.

الأعراض: أهم الأعراض هو الشعور بالألم عند لمس العضلة أو الضغط عليها أو استعمالها، وفي نفس الوقت تتورم العضلة وتصبح غير قادرة على القيام بوظيفتها أبداً حتى تلتئم أليافها الممزقة تماماً.

المضاعفات: يشد كل إنسان عضلاته لدرجة كبيرة في بعض الأحيان، لكن الرياضيين هم أكثر عرضة للإصابة بتمزق العضلات. وفي معظم الحالات، يتم التحسن سريعاً ويكون الشفاء تاماً، إنما في بعض الأحيان الأخرى لا بد من توقف التمرين وعلاج العضلة المصابة، وبشكل عام كلما كان السن أكبر كلما كان الشفاء أبطأ.

العلاج: إذا أصيبت العضلة بالتمزق، وكانت الإصابة بسيطة فتطبق إجراءات العلاج الذاتي الواردة لاحقاً. أما إذا كان الألم شديداً وتورمت العضلة فيراجع الطبيب.

العلاج الذاتي: وضع قطعة ثلج مغلَّفة بقطعة قماش فوق المنطقة المصابة فوراً لتخفيف الألم ومنع ازدياد التورم، وعلى المصاب إراحة العضلة المصابة عدة أيام ما دام يشعر بالألم. إن لف أو تثبيت المنطقة المصابة سيريحها، ويجب الانتباه لعدم الضغط بشدة حفاظاً على سلامة الدورة الدموية، خاصة أن المنطقة قد تتورم أكثر في الساعات التالية للإصابة.

العلاج الاختصاصي: يعتمد العلاج على شدة الإصابة، وفي كل الأحوال يعطى المصاب مسكنات الألم ومرخي عضلي، وربما ينصح باستعمال العكازات إن كانت الإصابة

في احدى الرجلين، وتعليق الذراع إذا كانت الإصابة في احدى اليدين، أو ربما ينصح بملازمة السرير لعدة أيام، كما قد يستدعي الأمر إجراء معالجة فيزيائية لاحقة. وبعدما يتوقف الألم ويزول التورم يتوجب البدء ببرنامج تمرين تدريجي لاستعادة حركة وقوة العضلة. أما إذا انفتقت العضلة فإن أفضل علاج يكون بإجراء جراحة لإصلاحها.

الوثي (Sprain)

يحدث الوثي عند استعمال المفصل بشكل مفرط فتتمزق أربطته التي تجمع عظامه ببعضها البعض، مع بقاء العظام في مكانها الصحيح، وتتناسب شدة الوثي مع مدى تمزق أربطة المفصل.

جميع مفاصل الجسم قابلة للوثي، لكن أكثرها تعرضاً لهذه الإصابة هي مفاصل الركبة والكاحل والأصابع والرسغ.

الأعراض: تختلف شدة الألم، أو الإيلام، حسب مدى الإصابة، في حين يستطيع المصاب استعمال مفصله، إن كان الوثي متوسط الشدة، لكن الألم المرافق وتورم النسيج في منطقة المفصل يعيقان ذلك. أما إذا كان تورم الأربطة شديداً فقد يتشوه المفصل ويتورم لدرجة كبيرة ويصبح استعماله مستحيلاً.

المضاعفات: لا تسبب الأوثاء البسيطة أية أخطار، لكن المفصل الذي يصاب بالوثي وتتمزق أربطته، يصبح عرضة للإصابة بأوثاء جديدة، ويصاب بالارتخاء، وعندما تكون الإصابة في الكاحل فإنها تؤدي إلى تعثر الشخص في مشيته دون سبب واضح لذلك.

العلاج: في حال الوثي البسيط، تتبع تعليمات العلاج الذاتي الواردة لاحقاً، وإذا كان الألم شديداً واستمر لأكثر من يومين أو ثلاثة فيجب مراجعة الطبيب، وهو سيجري ما يلزم من فحوصات وصور بالأشعة وغيرها للتأكد من أن الإصابة هي مجرد وثي شديد وليس كسراً في عظام المفصل.

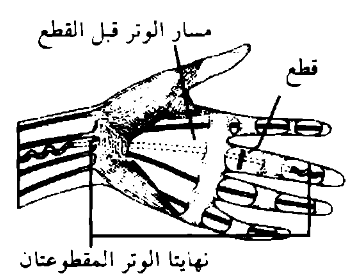
العلاج الذاتي: إذا أصيب الشخص بوثي بسيط، فليلف المفصل برباط مرن ويريحه لفترة كافية للشفاء. ويمكن وضع قطعة من الثلج مغلفة بقماش عليه لتخفيف التورم ولمدة (20 ـ 30) دقيقة وذلك بعد الإصابة مباشرة، ويمكن فعل ذلك خلال أربع وعشرين ساعة الأولى فقط. وبعدما تهدأ الحالة، خلال يومين أو أكثر، يُبدأ، من جديد، بتمرين المفصل بهدوء، مع عدم العودة إلى ممارسة التمارين الرياضية إلا بعد الشفاء التام، مع العلم أنه في هذه المرحلة يمكن تغطيس المفصل المصاب بالماء الدافئ عدة مرات كل يوم لمدة (20 ـ 30) دقيقة كل مرة، فهذا يساعد على الشفاء.

العلاج الاختصاصي: في الحالات الشديدة، يلجأ الطبيب لتثبيت المفصل المصاب، وفي الحالات الأشد ربما يضطر لإجراء عملية جراحية لإصلاح الأربطة الممزقة، وبعد العملية

لا بد من ترك المفصل مثبتاً لعدة أسابيع، ثم، وبعد الشفاء، قد تدعو الحاجة لإجراء معالجة فيزيائية لتقوية المفصل وإعادته إلى حالته الطبيعية.

تمزق الأوتار العضلية (Severed tendon)

عند الإصابة بجرح قاطع فقد يصاب وتر عضلي، أو أكثر، بضرر بسيط أو شديد. والأوتار هي عبارة عن حبال ليفية طويلة تصل العضلات بالعظام، كتلك الأوتار التي تحرك أصابع اليدين والرجلين. تقع العضلات التي تحرك أصابع اليدين في الذراع، والعضلات التي تحرك أصابع الرجلين في ربلة (بطن) الرجل، فإذا انقطع وتر أحد الأصابع (أو أكثر)، فلن يستطيع المصاب أن يُحرك ذلك الأصبع. كما قد تتمزق أوتار العضلات أحياناً أثناء الجهد الجسمي. وأكثر الأوتار تعرضاً للتمزق هي أوتار الكاحل والركبة.

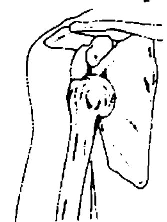


عندما ينقطع وتر، فإن العضلة المتصلة به تتقلص مسببة انكماش الوتر بعيداً عن مكان الأذية. وفي مثل هذه الأحوال لا بد من إجراء عملية جراحية للوصول إلى نهايتي الوتر المقطوع وإعادة وصلهما ببعضهما البعض.

العلاج: إن ظنَّ الشخص أن وتراً أو أكثر قد انقطع، بعد التعرض لحادث ما، فيجب الإسراع إلى الطبيب وعدم التأخر. وبما أن الأوتار ذات قدرة شد كبيرة فإنها تتراجع وتنكمش عن مواقعها عندما تقطع، بسبب تقلص العضلة المربوطة به، ولذلك قد يكون من الصعب إعادته لمكانه، وربما يضطر الطبيب لإجراء جرح أكبر لإيجاد النهايتين الحرتين للوتر المقطوع، وبعد ذلك يحاول شدهما إلى بعضهما وخياطتهما معاً على الفور. وعادة تكون نتائج هذه العملية مرضية على الرغم من أنه في بعض الحالات تبقى الأصبع مشدودة وأقل مرونة.

الخلوع (Dislocations)

يحدث الخلع في المفصل، عادة، بسبب الإصابات الشديدة التي تمزق عضلات المفصل، التي تربط العظام ببعضها البعض، كما تمزق أربطته أيضاً، وكذلك فإنها تتسبب بإزاحة عظام المفصل عن مكانها، وربما حدثت إصابة خطيرة في محفظة المفصل أيضاً وفي العضلات المحيطة والأوعية الدموية والأعصاب. كما قد تترافق الخلوع أحياناً مع كسر في أحد أو كلا عظمي المفصل.



خلع الكتف

إن مفصل الكتف هو مفصل كروي، حيث يُلائم رأس عظم العضد التجويف الواقع في لوح الكتف. إن مفصل الكتف مفصل واسع الحركة ولذلك يميل للانخلاع بسهولة نسبية.

في بعض الأحيان، يلاحظ أن الوليد يكون مصاباً بخلع ورك ولادي (ص 891)، أو ربما تحدث الخلوع بسبب التهاب المفصل الرثياني (ص 720)، وقد يحدث الخلع، بشكل متكرر، في احد المفاصل الضعيفة الذي تعَرَّض لاصابات سابقة، علماً أن مفاصل الفك السفلي والكتف عُرضة بشكل خاص لهذا النوع التلقائي من الخلوع.

الأعراض: يبدو المفصل المخلوع بشدة، مشوهاً ومؤلماً جداً، ويتورم بسرعة (ينتبج) ويصبح الجلد عديم اللون وغير متحرك. وأما الاعراض الأخرى فتعتمد على مدى إصابة النسيج والاعصاب وأوعية الدم المحيطة.

المضاعفات: إذا أصيبت إحدى فقرات العمود الفقري بالخلع فإنها تسبب ضرراً لكامل الحبل الشوكي، وفي بعض الأحيان تسبب شللاً في الجسم، في جزء ما تحت مستوى الاصابة، (راجع إصابة الحبل الشوكي ص 304). وبشكل مشابه، فإن خلع الكتف أو الورك قد يسبب ضرراً للأعصاب الرئيسية للذراع أو الرجل المصابة، ويسبب شللاً مؤقتاً للطرف الموافق، أضف الى ذلك أن بعض المفاصل التي تصاب بالخلع تصبح أكثر عُرضة لداء المفاصل التنكسي (ص 718) في السنوات القادمة.

العلاج: في حال التعرض لحادث أدى لخلع احد المفاصل فليس أي شخص قادراً على أن يعيد المفصل الى مكانه ما لم يكن متأكداً أنه يعرف كيف يفعل ذلك، فربما كان هناك كسر، أو إصابة أخرى، أو ربما أدى تصرفه إلى إلحاق الأذى أكثر مما فعل الحادث. ببساطة، تطبق نصائح العلاج الذاتي الواردة لاحقاً، ويجب حماية المفصل المصاب من أي أذى آخر، كما يجب تثبيته إن أمكن، ومن ثم الإسراع إلى الطبيب أو المستشفى.

العلاج الذاتي: بداية، يجب التوقف عن الأكل والشرب لحين انتهاء المشكلة، فربما إحتاج الأمر إلى تبنيج المصاب أثناء إعادة المفصل. ويجب عدم وضع المفصل المخلوع في الماء الحار أو وضع كمادات ساخنة عليه بعد الإصابة مباشرة. وأفضل علاج، في الحالات البسيطة، هو أن يقوم شخص خبير بإرجاع المفصل إلى مكانه خلال عدة دقائق بعد وقوع الحادث. وإذا حصل خلع تلقائي انتكاسي لشخص ما (بدون حادث) فباستطاعته أن يتعلم كيف يرجع مفصله بنفسه ويمكنه بعدها مراجعة الطبيب للتأكد من سلامة الوضع.

العلاج الاختصاصي: بعد (15 ـ 30) دقيقة يصبح المفصل المخلوع، بشكل طبيعي، متورماً ومنتفخاًومؤلماً لدرجة أن إرجاعه إلى وضعه الطبيعي يحتاج إلى تبنيج عام، فإذا كانت أوعية الدم والأعصاب والعظام موجودة في مكانها وسليمة من الأذى، عندها يثبت المفصل بتجبيرة لمدة أسبوعين أو ثلاثة ولحين شفاء الأنسجة المصابة. بعد ذلك، عندما يبدأ المصاب باستعمال مفصله المتأذي مرة ثانية، يجب أن يتم ذلك بهدوء وبالتدريج وحسب إرشادات الطبيب وإلا ستتكرر، سريعاً الإصابة مرة ثانية.

أما إذا كان المفصل متأذياً لدرجة كبيرة، فقد تكون الجراحة ضرورية لإرجاع الأنسجة كلها إلى وضع مقنع. وفي حالة أن أحد المفاصل أصبح ضعيفاً جداً بسبب الخلع المتكرر، فقد ينصح الطبيب بإجراء عملية شد الأربطة التي تربط العظام المتجاورة ببعضها البعض.

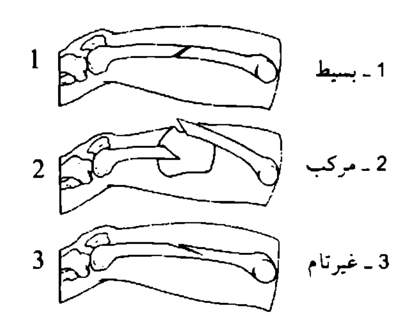
الكسور (Fractures)

يحدث الكسر نتيجة الضغط الشديد على العظم بقوة أكثر مما يتحمله (صدمة عنيفة مثلاً). ولتسهيل دراسة الكسور وعلاجها فقد تم تصنيفها في عدة أنواع:

- **الكسر البسيط**: هو الكسر الذي تنكسر فيه العظمة نفسها دون أن يحدث تفرق اتصال بين جزئي العظمة المكسورة، وتبقى العضلات المجاورة للكسر البسيط، وباقي النسج الأخرى غير متضررة أبداً.

- **الكسر المركب أو المفتوح**: تكون النسج المجاورة للعظمة المكسورة مصابة بشكل كبير، ويحدث تفرق اتصال بين جزئي العظمة، وقد يخرج أحد أو كلا جزئي الكسر من الجلد.





- **الكسر المتبدل**: الذي ينفصل فيه الجزآن المكسوران انفصالاً كاملاً عن بعضهما.

- **الكسر غير التام**: الذي ينكسر فيه العظم كشرخ ولا يفصله إلى جزأين.

- **الكسر الجهدي**: هو كسر تحدث في عظم سليم تعرض لفترة طويلة لجهد مفرط.

على أن هذا التصنيف لا يعطي فكرة واضحة عن مدى الإصابة، لأن الكسور تختلف كثيراً بين حالة وأخرى، كما يختلف حجم إصابة النسج المحيطة بالعظم المصاب.

ونلفت النظر إلى أن بعض أسباب الكسور الأخرى هي: ضعف العظام الذي يحدث بسبب كبر السن والشيخوخة، أو بسبب مرض عظمي، كتخلخل العظام (ص 707) أو سرطان العظم (ص 710)، حيث ينكسر العظم باستثارة بسيطة أو بدونها أحياناً، وهذا يدعى بالكسر المرضي، وهو شائع الحدوث في عظام الحوض لدى كبار السن الذين ضعفت عظامهم بسبب الأمراض أو الشيخوخة.

الأعراض: يجعل الكسر المنطقة التي حول الإصابة تبدو متورمة ومنتفخة وبها كدمات ومشوهة أحياناً، ويحدث ألم شديد عند تحريك العضو المكسور. تكون أعراض الكسور الثانوية بسيطة ويمكن أن يشتبه فيها أحياناً على أنها وثي أو رض بسيط. على كل حال، تختلف أعراض الكسور حسب حجم الكسر، ومنطقته، ومقدار تأذي النسج الرخوة المجاورة.

المضاعفات: العظام الأكثر تعرضاً للكسر هي: عظام الرسغ واليدين والقدمين التي تتعرض للكسر إثر حادث سقوط على الأرض. أما كسر العظام الأخرى، كعظام الرجل والساعد والعمود الفقري والحوض، فتكون، عادة، نتيجة قوة كبيرة كتلك التي تقع على العظام في حوادث السير أو السقوط من مكان مرتفع مثلاً، علماً أنه كلما تقدم الإنسان في السن ازداد احتمال كسر عظامه، لأن عظام الأطفال تكون أكثر ليونة ومقاومة للضغط وتميل للانحناء أكثر من ميلها للكسر. من جهة أخرى، فإن عظام كبار السن تصبح هشة وسهلة الانكسار، بالإضافة إلى أنهم معرضون للسقوط أكثر من غيرهم.

من مضاعفات الكسور أحياناً، إذا لم تُعالج بالشكل الصحيح، أنها قد تلتئم التئاماً معيباً، وهنا لا بد من فصل العظم وإعادة تنظيمه من جديد. وقد يكون الكسر مهشماً والنسج الرخوة مهروسة أو مقطوعة، وعندها ربما تصاب المنطقة بالتلوث ويصاب العظم بالالتهاب مما يعقد الشفاء (راجع التهاب العظم والنقي ص 926). وفي حالات نادرة ينقطع ورود الدم إلى الجزء المكسور من العظم فيموت تدريجياً، وهناك احتمال أن تقطع أجزاء العظام الصغيرة الحادة أوعية الدم أو الأعصاب في المنطقة. وكذلك فإن كسور الجمجمة أو العمود الفقري تؤذي الدماغ أو النخاع الشوكي (راجع أذية الدماغ ص 300 وأذية النخاع الشوكي ص 304). وفي أحيانٍ كثيرة تتضرر أعضاء داخلية أخرى من العظم المكسور، فالأضلاع المكسورة من القفص الصدري، مثلاً، قد تثقب الرئة (راجع استرواح الصدر ص 431).

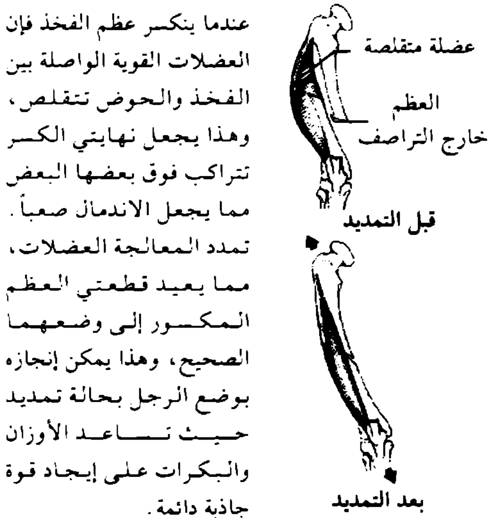
أخيراً، نذكر أنه يجب إصلاح إصابات النسج الرخوة جراحياً في نفس الوقت الذي يتم فيه معالجة الكسور.

العلاج: عند إصابة شخص ما بكسر، يجب تطبيق الإسعافات الأولية (راجع التعامل مع شخص أصيب بكسر ص 962)، وطلب الإسعاف الطبي فوراً، ويجب على المصاب أن لا يتناول أي طعام أو شراب نظراً لأنه لا يمكن إعطاء البنج العام ـ إذا دعت الضرورة لذلك ـ إلا بعد مضي عدة ساعات من تناول الطعام. وإذا كان هناك شك بوجود كسر أم لا، فإن التصوير بالأشعة هو الذي يؤكد أو ينفي ذلك.

أول مهمة لعلاج الكسر هي إعادة صف قطع العظم المهشم إذا كانت بوضعية خاطئة، وهذا يسمى في لغة الطب ـ الرَّد ـ وتجرى غالباً تحت التبنيج العام، وربما تطلب الأمر فتح النسج الرخوة حول الكسر لإعادة ترتيب العظام بوضعها الصحيح.

والمهمة الثانية من العلاج هي عدم تحريك القطع المكسورة، بل ضم مختلف أجزاء العظم المهشم مع بعضها البعض بشكلها الصحيح وتثبيتها حتى تبرأ، ويدعى هذا الشفاء طبياً، بالانجبار أو الالتئام، مع العلم أن هناك طرقاً عديدة ومختلفة جداً لتثبيت الكسور أو تجبيرها، كاستعمال القوالب اللاصقة والبلاستيكية والجبائر المختلفة وغير ذلك. ولكن تثبيت العظام

وتجبيرها ليس أمراً سهلاً دائماً، فتثبيت الضلع المكسور في القفص الصدري يحتاج إلى الاعتماد على الأضلاع السليمة والعضلات المجاورة، والأصبع المكسورة يعتمد في تثبيتها على الأصبع المجاورة السليمة، وعظم الفخذ ـ كما هو معلوم ـ مطمور تحت عضلات كبيرة بحيث أن كسراً فيه لا يمكن تثبيته بقالب أو جبيرة، وغالباً ما تتراكب نهايتي قطعتي عظم الفخذ المكسور على بعضهما البعض، ويساعد على شفاء مثل هذا الكسر، عادة، تطبيق مبدأ السحب أو الجر بحيث يربط وزن مناسب بالرجل، بأسلوب خاص، ليسحبها ويعيد العظم إلى وضعه الصحيح. وإذا كان العظم المكسور في مكان ما داخل الجسم، عند ذلك تجرى عملية لإدخال برغي معدني أو أكثر، أو مسامير أو صفائح، تعيد نهايات العظم المكسور إلى مكانها، ولهذا التثبيت الداخلي فوائد كثيرة، لأنه يمكن إعادة استعمال الطرف المصاب بعد عدة أيام عوضاً عن أن يكون ذلك بعد أسابيع أو أشهر.



عندما ينكسر عظم الفخذ فإن العضلات القوية الواصلة بين الفخذ والحوض تتقلص، وهذا يجعل نهايتي الكسر تتراكب فوق بعضها البعض مما يجعل الاندمال صعباً. تمدد المعالجة العضلات، مما يعيد قطعتي العظم المكسور إلى وضعهما الصحيح، وهذا يمكن إنجازه بوضع الرجل بحالة تمديد حيث تساعد الأوزان والبكرات على إيجاد قوة جاذبة دائمة.

في المهمة الثالثة، يتم إعادة تأهيل عضلة أو أي مفصل تم تثبيتها، أثناء مرحلة التجبير، إلى حالتها الطبيعية. ومن المهم أن يبدأ المصاب بتحريك العضو المكسور بمجرد الوصول إلى مرحلة الشفاء. ويجب الاهتمام بشكل خاص للحفاظ على حركة المفاصل المجاورة للكسر قدر الإمكان، وهذا يساعد على عدم انتفاخ المنطقة التي كانت مثبتة، كما يجب الانتباه إلى ضرورة تأمين ورود كمية كافية من الدم إلى المنطقة المصابة من أجل الشفاء، والمحافظة على استعمال العظام والعضلات التي كانت مثبتة حتى تسترجع عافيتها من جديد. ويجب الانتباه إلى منع عودة تيبس المفاصل بسبب قلة استعمالها، ومناقشة الأمر مع الطبيب أو الاختصاصي حول التمارين المفيدة وما حدودها لحماية العظم الذي يتم شفاؤه.

إن الوقت الذي يحتاجه الكسر للشفاء يرتبط بعدة عوامل، بما فيها أي عظم هو المكسور، ونوع الكسر، وعمر الشخص المصاب. فالشفاء الكامل لإصبع طفل مكسورة مثلاً يستغرق أسبوعين، بينما يستغرق شفاء قصبة الرجل لشخص بالغ ثلاثة أشهر وربما أكثر، مع العلم أنه، في بعض الأحيان، وبالرغم من العلاج ولسبب أو لآخر، فإن العظم المكسور يستعصي على الشفاء. وإذا شك الطبيب أن العظم المكسور لا يلتحم مع بعضه البعض، كما هو مفروض، فيجب، في مثل هذه الحالة، إجراء مسح إضافي بالأشعة للمنطقة المصابة ومن ثم اتخاذ الإجراءات اللازمة لتسريع الشفاء، وأكثر الإجراءات شيوعاً،

في مثل هذه الحالة، هو إجراء تطعيم العظم حيث تؤخذ أجزاء صغيرة من عظم آخر في الجسم (غالباً عظم الورك) وتوضع حول الكسر، علماً أنه كلما تم الإسراع في معالجة الكسور كلما كان شفاؤها أسرع.

إصابات الرياضيين

تعرِّض ممارسة التمارين الرياضية العنيفة (خاصة) المرء، بشكل أكبر، لإصابات العضلات والأربطة والعظام والمفاصل، خاصة أولئك الذين أمضوا فترة طويلة دون ممارسة الرياضة أو المبتدئين بممارسة النشاط الرياضي. فإذا كانت الإصابة جرحاً صغيراً، أو كدمة، أو إصابة بسيطة في العضلات أو الأربطة، فربما يكون العلاج بسيطاً وذلك برش البنج على المنطقة المصابة أو بوضع قطعة من الثلج مغلفة بقطعة من القماش فوقها. أما إذا كان هناك احتمال إصابة عضلة أو رباط بأذى فلا بد من تطبيق العلاج المناسب، وفي حال كانت الإصابة شديدة لدرجة فقدان الوعي لعدة ثواني أو أكثر فيجب الكف عن متابعة التمارين واستشارة الطبيب، وعدم العودة لممارسة الرياضة من جديد إلا بعد التأكد من السلامة التامة وسماح الطبيب بذلك.

هناك إصابات لا تحتاج لأكثر من الراحة وتطبيق المعالجة الفيزيائية المناسبة، ولكن تتطلب بعض الإصابات عملاً جراحياً قد يكون خطيراً لدرجة أن العودة لممارسة الرياضة ربما يصبح ممنوعاً. فإذا أصيب العظم أو الأربطة بالتنكس واستمر المرء بممارسة الرياضة، فربما أدى ذلك لتطور باكر لداء المفاصل التنكسي (ص 718) أو لمشاكل مفصلية أخرى.

إصابات عامة تتطلب عناية طبية خاصة

- **الكسر الناتج عن السير**: ربما يتطور كسر في واحدة أو أكثر من عظام القدم (المشط) كنتيجة لفترات متكررة أو طويلة من الجهد المفرط. وهذا يحدث غالباً للعدَّائين أو المشاة للمسافات الطويلة، ويسبب ألماً في القدم يزداد سوءاً عند الإجهاد. وتعالج هذه الحالة بلف الرجل برباط لاصق وإراحتها لعدة أسابيع.

- **متلازمة الحيز الظنبوبي الأمامي (Shin splint)**: أهم أعراضها الألم الذي يحدث نتيجة لإجهاد عضلات متكرر بين عظمتي الساق، حيث تنتفخ العضلات والأنسجة وتضغط على أوعية الدم التي تغذيها. ويمكن أن تنشأ الحالة أيضاً بسبب كسر ناتج عن جهد، أو عن إصابة الأغشية التي تغطي عظام القصبة. في معظم الحالات تختفي الأعراض بعد أسبوع أو اثنين من الاستراحة. ولكن إذا كان الألم حاداً أو متكرراً فيجب إجراء عملية جراحية لإصلاح الخلل.

- **إصابات الركبة**: ربما يؤدي إجهاد الركبة إلى تمزق الأربطة حول المفصل أو إصابة الأربطة الداخلية أو أقراص الغضروف التي تعمل كوسائد لينة بين سطحي المفصل. فإذا أصيبت الركبة بأذى، فلا بد من مراجعة الطبيب وإجراء التصوير الشعاعي وتنظير المفصل لتشخيص مدى الإصابة.

- **إصابات اليد**: تحدث إصابات عظام وأوتار اليدين عادة أثناء الملاكمة أو تسلق الصخور أو لعبة كرة اليد أو كرة السلة. فإذا أصيبت اليد فإنها تحتاج إلى عناية طبية بأسرع ما يمكن. وإذا كانت الأوتار مصابة لدرجة كبيرة ربما لزم الأمر إجراء عملية جراحية، وعادة يكون العلاج ناجعاً أكثر إذا تم بعد الإصابة مباشرة.

ـ **إصابات الرأس**: إذا سقط شخص أو صدم رأسه لأي سبب كان، وفقد وعيه، حتى ولو كان ذلك لفترة قصيرة جداً، فيجب عليه مراجعة الطبيب بأسرع ما يمكن وأن يمتنع عن أي نشاط مجهد أو عنيف لمدة (24) ساعة على الأقل بعد الأذية.

ـ 2 ـ
الفتوق (Hernias)

الفتق، تعريفاً، هو بروز، أو عبور، قسم من النسج الرخوة، بين العضلات المجاورة. ففي الأحوال الطبيعية، تكون العضلات مشدودة مما يؤهلها لكي تضغط وتضبط الأنسجة والأعضاء المختلفة المجاورة، وتبقيها في موضعها الصحيح داخل الجسم، ولكن لسبب من الأسباب، كالإجهاد أو الضعف الخلقي على سبيل المثال، تصبح تلك العضلات ضعيفة أو مترهلة مما يسمح للأعضاء البطنية بالاندفاع عبر نقطة الضعف محدثة فتقاً فيها.

أين تشاهد الفتوق: يمكن أن يصاب أي جزء من أجزاء الجسم بالفتوق، ولكنها أكثر ما تشاهد، عادة، في جدار البطن، حيث يتألف هذا الجدار من أغلفة عضلية مسطحة تحيط بأعضاء البطن الداخلية (المعدة ـ الكبد ـ الكليتان ـ أعضاء التناسل)، وتكون هذه ثابتة، عادة، في مكانها، في الأحوال الطبيعية، بفضل العضلات المتينة لجدار البطن، حتى عندما يرتفع الضغط داخل البطن مثلما يحدث عند السعال أو رفع ثقل ما أو الضغط للتبول أو التغوط. ولكن في حال حدوث نقطة ضعف في جدار البطن العضلي فإن الضغط داخل البطن يدفع النسج لكي تنزلق عبر تلك النقطة، فيندفع جزء ما من محتويات البطن ـ غالباً الأمعاء ـ عبر جدار البطن، فيلاحظ، بشكل واضح، وجود نسيج متبارز على شكل كيس، أي وجود فتق.

يدعى أحد الفتوق الشائعة بالفتق الفرجوي (Hiatus Hernia). يظهر هذا النوع من الفتوق في عضلة الحجاب الحاجز التي تفصل بين الصدر والبطن. وهناك العديد من الفتوق الأخرى التي تحصل كلها في جدار البطن نشرح بعضها لاحقاً.

الأعراض: يكون العرض الوحيد للفتق، بشكل عام، بروز النسج الرخوة عبر عضلات جدار البطن، ويظهر هذا البروز، عادة، ببطء على امتداد عدة أسابيع، كما يظهر أحياناً بشكل حاد وفجائي أثناء الإجهاد نتيجة رفع ثقل ما، على سبيل المثال، وقد يشعر المصاب بثقل أو إيلام خفيف مكان الفتق.

معظم الفتوق يمكن إرجاعها، عبر الفتحة العضلية، إلى مكانها، وتسمى هذه الفتوق بالردودة (Reducible)، أما الفتوق غير القابلة للإرجاع فتسمى الفتوق غير الردودة.

المضاعفات: إذا دخل جزء من الإمعاء في منطقة الفتق فإن ما يحويه من فضلات الطعام بداخله سيمنع محتويات الأمعاء الأخرى من التقدم والعبور باتجاه القسم التالي من المعي وهذا ما يدعى انسداد الفتق. فإذا حدث انسداد في الفتق فسيشكو المصاب من آلام بطنية متزايدة وغثيان وإقياء. وهناك احتمال حدوث اختناق (فتق مختنق) حيث يتورم الفتق ضاغطاً على الأوعية الدموية فينقطع الإمداد الدموي عن العروة المعوية الموجودة داخله، ويصبح الفتق المخنوق متضخماً ومحمراً ومؤلماً جداً.

يحتاج الفتق المسدود والفتق المختنق إلى إجراء عملية جراحية عاجلة لإصلاح الخلل، فإن لم تعالج الحالة فوراً فإن قطعة المعي المختنقة ستبدأ بالتموت.

العلاج: عادة، تميل معظم الفتوق للتدهور ببطء ولا تتحسن أبداً، وتبقى أخطار الانسداد والاختناق محتملة لحين إجراء إصلاح الفتق جراحياً، حيث إن الجراحة هي العلاج الأفضل للفتق، وقد ينصح الطبيب بارتداء حزام دائم لحين إجراء العمل الجراحي، لكن الفتق المسدود أو المختنق يحتاج عادة لعملية جراحية إسعافية (فورية).

يتم إصلاح الفتوق بدفع النسيج المتبارز إلى مكانه، وشد العضلات الرخوة أو خياطتها معاً. ويجب، أثناء مرحلة الشفاء والنقاهة من الجراحة، أن تتبع تعليمات الطبيب بدقة لأن أي نشاط مفاجئ مجهد للبطن قد يسبب نكس الفتق والعودة إلى وضع أسوأ.

الأنماط المختلفة للفتوق

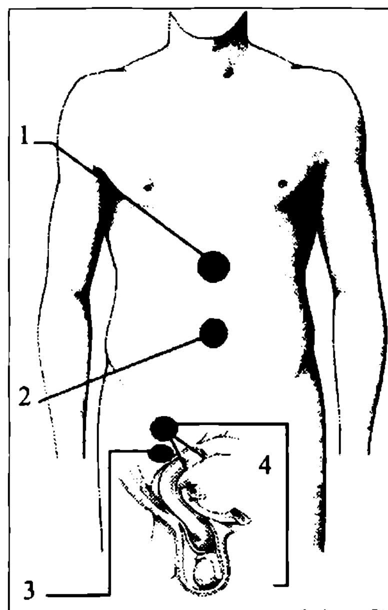
1 ـ **الفتق الشرسوفي (Epigastric hernia)** : قد يسبب وجود نقطة ضعيفة في النسيج الليفي الذي يربط عضلات البطن المركزية ببعضها البعض، نتوء قطعة صغيرة من الغلاف الشحمي الذي يكسو المعدة والأمعاء، فيحصل فتق في مكان ما على امتداد الخط الواصل بين السرة ونهاية عظم القص السفلية، وهو أكثر شيوعاً لدى الرجال منه عند النساء.

الأعراض: هذا النمط من الفتوق يكون صغيراً عادة، لكنه قد يسبب ألماً وعسر هضم وتجشؤ وإقياءات في بعض الأحيان.

المضاعفات: يصاب هذا الفتق بالاختناق أحياناً فيسبب ألماً واضحاً، ولكن من غير المرجح أن يكون خطيراً خاصة إذا كانت النسج المختنقة تحوي الشحم فحسب.

العلاج: إذا لم يكن الفتق مسبباً لأية مشكلة، فمن الممكن تركه دون علاج، أما إذا كان يسبب إزعاجاً فلا بد من إجراء عمل جراحي لإصلاح العيب الحادث، ويتبع ذلك فترة نقاهة تستمر من (2 ـ 4) أسابيع.

2 ـ **الفتق جانب السرة (Paraumbilical hernia)** : تصاب عضلات جدار البطن الواقعة حول السرة بالضعف ويحدث فيها فتق يكون قريباً جداً من السرة، بحيث تبدو النسج الرخوة البارزة ضمن الفتق وكأنها واقعة بالسرة أو عند السرة. هذا النوع من الفتوق يشاهد عند النساء أكثر منه عند الرجال.



الأعراض: يشعر المصاب بثقل في البطن يكون مصحوباً، أحياناً، بإمساك وربما مترافقاً مع ألم بطني.

المضاعفات: هناك خطورة حدوث الانسداد و/أو الاختناق.

العلاج: ربما ينصح الطبيب بإجراء جراحة لشد عضلات جدار البطن، أو قد يخيط تلك العضلات معاً في مكان الفتق. ويتبع ذلك فترة نقاهة من (4 ـ 6) أسابيع.

3 ـ **الفتق الفخذي (Femoral hernia)** : يحدث هذا الفتق في موقع مماثل لموقع الفتق الإربي ولكن أدنى منه قليلاً، وغالباً ما يتعذر اكتشافه بالفحص الجسمي، وهذه الحالة أكثر شيوعاً لدى النساء اللواتي أنجبن عدداً كبيراً من الأطفال.

الأعراض: غالباً لا توجد أعراض، وربما تبقى الفتوق الفخذية غير ملحوظة حتى تصاب بالانسداد أو الاختناق.

المضاعفات: نظراً إلى أن الثقبة التي يبرز منها الفتق الفخذي تكون عادة صغيرة، فإن أخطار حدوث الانسداد والاختناق مرتفعة.

العلاج: علاج الفتق الفخذي مشابه لعلاج الفتق الإربي.

4 ـ **الفتق الإربي (Inguinal hernia)** : يشاهد هذا النمط من الفتوق بشكل نتوء في المغبن وله نموذجان:

ـ الفتق الأربي المباشر، حيث تندفع الأعضاء البطنية بجانب العضلات البطنية الضعيفة التي تبطن المغبن.

ـ الفتق الإربي اللامباشر، حيث تندفع الأعضاء البطنية أدنى القناة الإربية (وهي أنبوب تمر عبره الخصية نزولاً إلى الصفن من البطن مباشرة قبل الولادة).

الأعراض: لا توجد أعراض واضحة لهذا الفتوق، وربما يشعر المصاب بثقل في منطقة المغبن.

المضاعفات: يشكل الانسداد والاختناق خطرين محتملين بنسبة ضئيلة.

العلاج: تجرى عملية جراحية لإزالة كيس الفتق، ومن ثم تقصر العضلات الضعيفة أو تخاط بعضها البعض، ويتبع ذلك فترة نقاهة حوالي أربعة أسابيع، وبعدها يجب على المصاب عدم رفع الأثقال وتلافي كل إجهاد لعضلات البطن.

5 ـ **الفتق السري (Umbilical hernia)** : يظهر هذا الفتق كاندفاع طري من النسيج المحيط بالسرة لدى الطفل الوليد، ويحصل، عادة، بسبب ما، عندما لا يكون جدار البطن متطوراً تماماً.

الأعراض: من غير المحتمل أن يسبب هذا الفتق أي انزعاج للطفل، ويكون الفتق أكثر وضوحاً عند البكاء.



المضاعفات: تكون فتحة الفتق واسعة؛ إذ ليس هناك، فعلياً، أي خطر لحدوث الاختناق أو الانسداد.

العلاج: معظم هذه الفتوق تشفى عفوياً في غضون سنوات، ويمكن معالجة الفتوق الواسعة، أو التي لم تشفى، جراحياً.

6 ـ **الفتق الشقي (Incisional hernia)** : هذا النمط من الفتوق هو نتيجة نادرة لإجراء جراحة بطنية؛ حيث لا تشفى العضلات البطنية المقطوعة والطبقات الليفية بشكل سليم، وعندئذٍ قد تندفع الأمعاء عبر نقطة الضعف هذه. فإذا كان المصاب بديناً وبقي خاملاً بعد إجراء عمل جراحي فعلى الأرجح أنه سيصاب بفتق شقي. كما تحدث الفتوق الشقِّية لدى المسنين أو شديدي النحف وضعاف البنية. ويمكن كذلك لالتهابات وتقيحات الجروح التي تحدث بعد العمل الجراحي والغرز المقطوعة (قطب الخياطة المنفلتة) أن تسبب كلها فتوقاً شقية.

الأعراض: قد تسبب الفتوق الشقيَّة الكبيرة إمساكاً وآلاماً بطنية مبرِّحة.

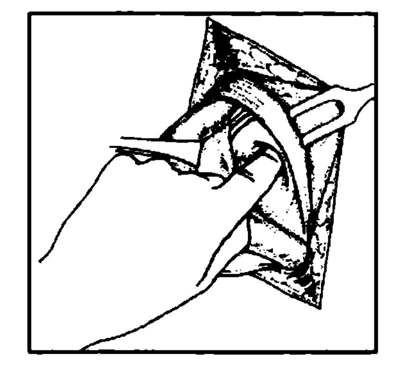
المضاعفات: إن حدوث الاختناق و/أو الانسداد هما أمران نادران.

العلاج: يخفف الحزام أحياناً من المشكلة، ولكن الجراحة هي الحل الناجع، ومع ذلك، وبسبب طبيعة هذه الفتوق، فإن النكس وارد أحياناً.

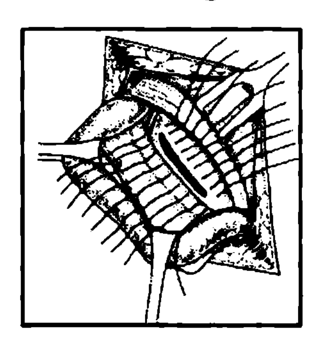
عملية إصلاح الفتق

في إصلاح الفتق، تجرى عملية جراحية لإصلاح تبارز النسيج الرخو الحادث من خلال عضلة ضعيفة أو طبقة نسيج ضعيفة، وهي عملية هامة خاصة إذا كان الفتق معرضاً للانسداد أو الاختناق.

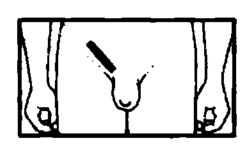
أثناء العملية، واعتماداً على موقع وشدة الفتق يجرى تبنيج عام أو موضعي، ويجرى شق صغير فوق الفتق ويعاد النسيج المتبارز إلى مكانه ومن ثم تخاط العضلات أو الأنسجة الموافقة بإحكام مع بعضها البعض. وتستغرق هذه العملية عادة أقل من ساعة. وبعد العملية يمكن مغادرة الفراش في نفس اليوم أو في اليوم التالي. ولتسكين الألم الحادث مكان الجرح يمكن استعمال مسكنات الألم. تعتمد فترة الشفاء على حجم الجرح ونوع الفتق، وبشكل عام يمكن العودة إلى العمل بعد عدة أيام. ولكن يجب عدم حمل أية أثقال لمدة ثلاثة أشهر تحسباً من حدوث الفتق من جديد.



إعادة النسيج المتبارز إلى مكانه



تخاط العضلات والأنسجة الموافقة



مكان الشق الجراحي
في عملية الفتق الأربي

- 3 -

اضطرابات العضلات والأوتار (Muscle and tendon disorders)

تتألف العضلة من خلايا خاصة ممتدة ومتطاولة بشكل ألياف عضلية تجتمع مع بعضها البعض مشكِّلة حزماً ليفيةً، وهذه بدورها تجتمع مشكِّلة العضلة. ويحيط بكل عضلة غشاء رقيق يسمى الصِفاق، كما يوجد شريط من النسيج الليفي يصل العضلة بالعظم يسمى الوتر بحيث يصل بين عظمتين يفصل بينهما مفصل. تكون هذه الأوتار في بعض أجزاء الجسم قصيرة جداً، أو تكون أليافها متداخلة بشكل معقد مع نسيج العضلة التي تتصل بها. ولكن في مناطق أخرى، وخاصة في اليدين والرجلين، يشكل النسيج الليفي في نهاية العضلة حبالاً طويلة قاسية ومتينة هي أوتار أيضاً. يكون أحد الوترين في طرفي العضلة ثابتاً على العظم في منطقة تسمى مثبت العضلة، ومتحركاً في منطقة التصاقه بالعظمة الأخرى، وهذه تسمى نقطة ارتكاز العضلة، ويفصل بين هذين العظمين مفصل، فإذا تقلصت العضلة فإنها تجر القسم المتحرك ويبقى الطرف الآخر ثابتاً.

الأوتار شرائط ليفية مشدودة، أو حبال تصل العضلات بالعظام.

المَعَص (Cramp)

المَعَصُ هو تشنج مؤلم في العضلة، يحدث، عادةً، نتيجة تمرين غير معتاد أو بسبب فترة طويلة من الجلوس أو الوقوف أو الاستلقاء بوضع غير مريح. وأحياناً يستيقظ المرء من نومه مصاباً بمَعَصٍ شديد مفاجئ من دون معرفة سبب ذلك. فإذا أُصيب المرء بالمَعَصِ وكان مترافقاً مع أعراض أخرى، أو اعتقد أن له أسباباً معروفة فليراجع الطبيب (راجع المخطط 62).

الأعراض: إن حاول المصاب تحريك العضلة الممعوصة فإنها ستتقلص بشدة، وإذا لمسها بيده فإنه سيجدها مشدودة وقاسية ولا يستطيع السيطرة عليها، كما سيلاحظ بالعين المجردة أن المنطقة المصابة بالمَعَصِ مشوهة، أضف إلى ذلك أن ألم المَعَصِ يأتي بشكل مفاجئ تماماً، ويكون شديداً ومبرحاً.

العلاج: في الحالة العادية، يستمر المَعَصُ عدة دقائق ليختفي بعدها من تلقاء نفسه، ويمكن تخفيف وطأة الحالة بإجراء مساج للمنطقة المعموصة، وإجبارها، بشكل تدريجي، على تأدية وظيفتها. وإذا حدثت نوبة المعص، أثناء النوم، في أحد الساقين، فيمكن رفعهما قليلاً عن الوضع المعتاد، وفي حال استمرار المشكلة، يراجع الطبيب.

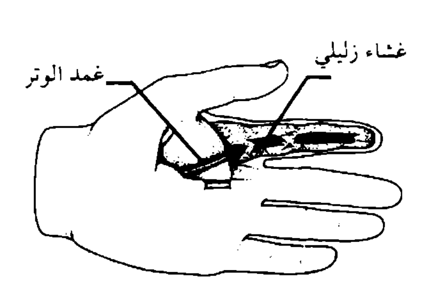
التهاب الوتر (Tendinitis)

الوتر، كما ذكرنا، هو الجزء الذي يصل العضلة مع العظم. هذا الوتر، ولسبب ما، قد يتعرض للالتهاب، فيبدأ الأمر بالشعور بألم أثناء لمس المنطقة المصابة، ويستمر الوضع هكذا عدة أسابيع أو شهور، ثم يبدأ الألم بالزوال، لكنه ربما يستمر فترة أطول أو يزداد الوضع سوءاً. ومع أن جميع أوتار العظام قابلة للالتهاب إلا أن أكثرها شيوعاً هي التهاب أوتار الكتفين أو أخمصي القدمين أو أوتار المرفقين.

العلاج: يتحسن الوتر الملتهب عادةً ببطء، لذلك يجب إراحة الجزء المؤلم، لعدة أيام، ويمكن استعمال معلاق إذا كان ذلك ضرورياً، أو وضع رباط ضاغط على المنطقة، مع تناول مسكنات للألم، ثم، بعد عدة أيام، يبدأ بتمرين المفصل تدريجياً فإذا استمر الألم أو ازداد الوضع سوءاً فيجب مراجعة الطبيب؛ فلربما احتاج الأمر إلى إجراء صورة أشعة للمفصل لمعرفة مدى المشكلة، أو ربما يقرر الطبيب حقن عقار ستيروئيدي، أو وضع بنج موضعي في المنطقة المصابة، وربما دعت الضرورة لإعادة تكرار هذا الإجراء.

التهاب غمد الوتر (Tenosynovitis)

تحاط بعض الأوتار بغشاء يساعد على حرية حركتها يدعى الغشاء الزليلي أو المزلق أو المصلي، وهذا هو غمد الوتر. إذا أصيب هذا الغمد بالالتهاب فإنه يتورم، وخاصة إذا كان يُستعمل بكثرة (كحالة استعمال الإصبع في الطبع على الآلة الكاتبة مثلاً)، ثم يشفى بعد عدة أيام، ولكن، في بعض الحالات، ربما يصبح قاسياً ومتماسكاً جداً وضيقاً (منقبضاً) بينما يشفى، فيعيق حركة الوتر الذي بداخله. أحد الأمثلة على ذلك ما يحدث في الإصبع إذا أصيب غمد وترها بالالتهاب، فيصبح من الصعوبة مدّ الإصبع بشكل مستقيم بعد انحنائه حيث تعاق آلية الاستقامة لبضعة لحظات قبل أن يتغلب الوتر على الإعاقة فيهتز الإصبع فجأة ثم ينفرد بسرعة. في مثل تلك الحالة تصبح المنطقة حول الوتر مؤلمة، وخاصة عند اللمس، ويتضرر الإصبع المصاب، ويحدث صوت طرطقة خفيفة كلما تحرك.



يبطن الغشاء الزليلي باطن المفصل والأغلفة الوترية، ويشكل سائلاً زليلياً محوطاً يرطب هذه المفاصل والاغلفة.

لا يحدث التهاب غمد الوتر، أحياناً، بسبب ميكانيكي، وإنما بسبب إصابته بخمج ما وفي هذه الحالة يصبح الإصبع، أو الإبهام، المصاب مؤلماً جداً، ومن المستحيل تقريباً استعماله، وعادة يشعر المرء بوهن عام أيضاً.

العلاج: إذا بدا من الأعراض أن هناك احتمال وجود أعراض خمج، فيجب مراجعة الطبيب فوراً. فربما تتطلب الحالة استعمال المضادات الحيوية، أو إجراء عمل جراحي لإخراج القيح المتجمع بسبب الخمج الجرثومي الحادث. أما إذا كان التهاب غمد الوتر غير جرثومي فيمكن علاجه بحقن العقاقير الستيروئيدية، وإذا لم يؤد ذلك للشفاء، فقد تتطلب الحالة إجراء عملية جراحية بسيطة وشق الغمد المنقبض والمتماسك فيتحرر الوتر بداخله وتعود له حرية الحركة من جديد.

الالتهاب الليفي (Fibrositis)

يحدث التهاب العضلات، عادةً، بسبب عدة عوامل منها إجهاد العضلات أو المفاصل، أو التعرض لتوتر عاطفي شديد أثَّر على العضلات، وهذا يسبب تيبسها، ويحدث ألماً فيها. لا يوجد سبب رئيسي للحالة، في حين تبقى العضلات، بحد ذاتها، سليمة، رغم إمكانية وجود ألم موضعي حاد وتورم في العضلة المصابة.

أكثر المناطق عرضة للإصابة بالتهاب ألياف العضلات هو الظهر، حيث تحدث آلام غير محددة تماماً، تختفي عادة خلال ثلاثة أو أربعة أيام، وهي، بشكل عام، تصيب الناس بعد منتصف العمر.

إن الاسترخاء وأخذ حمام ساخن وتناول بعض مسكنات الألم لها فائدة ملموسة في تحسين الحالة. فإذا استمر الألم يجب حينذاك مراجعة الطبيب.

العقد (الكيسات الزليلية) (Ganglia)

العُقَد هي تورمات كيسة تحدث تحت الجلد وخاصة في منطقة الرسغ أو السطح العلوي للقدم. وهي تتشكل، عندما تتجمع مادة هلامية في غلاف مفصل أو غلاف وتر، فتحدث بروزاً نحو الخارج ذا حجم لا يتجاوز عادة حجم زيتونة، وقد تكون هذه الكتلة، طرية أو صلبة، لكنها تكون غير مؤلمة عادة. وعند مراجعة الطبيب يتم التأكد من سلامتها أو خبثها ومعرفة سبب حدوثها. فإذا كانت من نوع كيسة زلالية فإنها تزول من ذاتها بعد عدة أيام، لكنها بشكل عام قابلة للتشكل من جديد. ونادراً ما ينصح بإجراء عملية جراحية لإزالتها.

التهاب اللفافة الراحية (Dupuytren's contracture)

في حالة التهاب لفافة راحة اليد (أو ما يسمى تقفع دوبويتران) تثخن طبقة النسيج الليفي المتين الذي يقع تحت الجلد على باطن اليد وينكمش، مما يسبب، في نهاية المطاف، انحناءً دائماً للخنصر والبنصر عند البراجم. وبالرغم من أن ذلك ليس مؤلماً ولكن هذه الحالة تضعف قوة قبضة اليد.

ينثني كل من الخنصر والبنصر لا إرادياً عند مستوى البراجم في حالة الاصابة بالتهاب اللفافة الراحية.

تصيب هذه الحالة، عادةً، الرجال بعد سن الأربعين، في يد واحدة أو في اليدين معاً، وربما تواجدت طبقة جلد سميكة على البراجم الأخرى وعلى مقدم مشط القدم في الأخمص. إن أسباب الإصابة بهذا الالتهاب غير معروفة لكن يُلاحظ أنها تتكرر في العائلة الواحدة، وتوجد أيضاً عند الكحوليين، والذين يصابون بالصَرَع، ولا علاقة لها بالعمل.

العلاج: الإصابة بهذا المرض تجعل الأصابع عاجزة عن العمل، لذلك ينصح بمراجعة الطبيب في مراحل الإصابة الأولى. تكون المعالجة بإزالة النسيج الثخين من المنطقة وإجراء معالجة فيزيائية وهذا وحده قد يعيد لليد حيويتها وفائدتها، لكن ربما تنكس الحالة من جديد.

الوهن العضلي الوبيل (Myasthenia gravis)

مرض نادر يصيب النساء (غالباً) في سن العشرين، ويحدث بسبب خطأ في نقل الدفعات العصبية إلى العضلات التي تسيطر عليها، فتبدأ أعراض الضعف العضلي بالظهور.

أول العضلات تأثراً بهذا المرض هي عضلات الوجه حيث تتهدل الأجفان وتصبح الرؤية مزدوجة وتحدث صعوبة في الكلام والمضغ والبلع نتيجة عدم القدرة على التحكم بحركات الشفاه وأقسام الفم الأخرى. أما إذا أصيبت عضلات الساقين فيصبح المصاب، غير قادر على الوقوف، وإذا أصيبت عضلات الذراعين يصبح المصاب غير قادر على تنفيذ أي عمل مهما كان بسيطاً، علماً أن درجة الضعف تختلف، بشكل كبير، من ساعة لأخرى، ومن يوم لآخر وحتى من سنة إلى أخرى.

إن سبب الخطأ في نقل الدفعات العصبية معقد، ولكن أغلب الظن أنه يحدث بسبب مشكلة في المناعة الذاتية، فجهاز المناعة الذي يفترض به أن يقوم بدور الحماية الذاتية ينقلب على بعض نسج الجسم ويعمل ضدها، كما وجدت علاقة لذلك بتطور غدة التوتة، هذه الغدة التي تقع داخل الصدر وتلعب دوراً هاماً في المناعة.

العلاج: عند مراجعة الطبيب فإنه يصف أدوية خاصة تعيد عمل انتقال الدفعات العصبية إلى وضعها الصحيح، وفي بعض الحالات، يتطلب الأمر إجراء عملية جراحية لإزالة أي نمو (ورم) في التوتة. وعلى الرغم من أن الوهن العضلي لا يشفى، إلا أن العلاج يخفف من الأعراض بحيث يمكن للمصاب أن يعيش حياة طبيعية تقريباً.

أورام العضلات (Muscle tumors)

أورام العضلات نادرة الحدوث؛ وإن حدثت فتكون، غالباً، سليمة ولا تهدد الحياة. ولكن إذا أصيبت عضلة ما بورم خبيث فإن الحالة تكون خطيرة، لأن هذه الأورام تنمو وتنتشر بسرعة وتصعب معالجتها.

أول مؤشرات نمو ورم في عضلة ما، هو تواجد أو نمو كتلة حديثة من الممكن تحسسها باليد في المنطقة المصابة، وعادة لا توجد هناك أية تطورات أو أعراض أخرى في المرحلة الأولى، أما إذا كان الورم خبيثاً فإنه سرعان ما يكبر ويصبح مؤلماً.

العلاج: إذا تطورت كتلة ما، في أي مكان من الجسم، يجب مراجعة الطبيب فوراً وهو سيجري الفحوصات اللازمة للتأكد من سلامتها أو خبثها، ففي حال كانت الكتلة سليمة فلا حاجة لأي علاج، أما إذا كانت خبيثة فالعلاج المحتمل يتضمن حقن عقاقير سامة للخلايا في أوقات وفواصل يحددها الطبيب ولفترة زمنية محدودة، ومعالجة بالأشعة، وأحياناً إزالة الورم (استئصاله) بعملية جراحية.

- 4 -
أمراض العظام (Bone diseases)

تتألف العظام من هيكل قاسٍ، مركب، بشكل رئيسي، من مركبات الكالسيوم والفوسفات والبروتين، ويوجد بداخل بنيتها عدد كبير من الخلايا الحية، يشرف بعضها باستمرار عل هدم العظم القديم من جهة وبناء عظم جديد من جهة أخرى، بحيث يتجدد الهيكل العظمي باستمرار وبالتدريج. فإذا حدث خلل في نظام الصيانة هذا أدى ذلك لحدوث مضاعفات، سندرس بعضها في هذا الفصل. كما يوجد في داخل بعض العظام فراغات مملوءة بمادة حية اسمها نقي العظام، وهو نسيج يصنع العديد من خلايا الدم، لذلك فإن لمعظم أمراض نقي العظام تأثيراً على الدم (راجع نقي العظام ص 531).

تخلخل العظام (Osteoporosis)

في العظام السليمة، هناك نظام يوازن بين عملية هدم نسيج العظام القديمة وبناء نسيج عظمي جديد بديل للعظم القديم المتهدم. فإذا حدث خلل في هذا النظام واختل التوازن، بحيث أن عملية هدم العظم سارت بسرعة أكبر من عملية بناء العظم الجديد البديل، فإن العظام ستصبح لينة وضعيفة، وهذا هو مرض تخلخل العظام.

يحدث تخلخل العظام، في عظم واحد أو أكثر، بعد فترة طويلة من عدم تحريك هذا العظم بسبب كسر ما، أو بسبب انفتاق النواة اللبية (ص 716)، أو نتيجة لبعض الاضطرابات الهرمونية (راجع متلازمة كوشنغ ص 679)، كما قد يحدث بسبب نقص البروتين أو الكالسيوم، من الغذاء، اللذين يحتاجهما الجسم للمحافظة على سلامة العظام. وتترافق هذه الإصابة عادة مع لين العظام (الفقرة التالية) وأكثر اسبابه شيوعاً هو كبر السن، كما أن النساء، بعد توقف حيضهن، أكثر عرضة للإصابة من الرجال بسبب نقص الأستروجين لديهن.

الأعراض: لا يُحدث تخلخل العظام، عادةً أعراضاً ما لم يُصِب العمود الفقري، وفي هذه الحالة يصبح المصاب أقصر طولاً، وذا أكتاف دائرية، بسبب الانضغاط التدريجي للفقرات الضعيفة، وفي بعض الحالات النادرة، يحدث انزلاق في فقرة واحدة أو أكثر فتحصل هجمة ألم ظهر مفاجئة شديدة.

تنكسر عظام المصاب بتخلخل العظام، غالباً، عند السقوط على الأرض، علماً أن عظام الرسغ والحوض هي الأكثر تعرضاً للكسر. فإذا أحسَّ الإنسان بألم حاد في ظهره (خاصة بعد حادثة سقوط على الأرض) فليراجع طبيبه فوراً، لأن كسرالعمود الفقري، في منطقة الصلب، ربما يؤدي إلى شلل الأطراف السفلية. فإذا شك الطبيب بالإصابة بتخلخل العظام، فسيطلب إجراء تصوير شعاعي واختبارات كثافة العظم للتأكد من الحالة وتحديد العلاج المناسب.

العــلاج:

العلاج الذاتي: أظهرت الأبحاث أن إجراء تمارين رياضية منتظمة تحافظ على قوة العظام وتمنع تخلخلها. فإذا كنتِ امرأة على وشك انقطاع الحيض، فإنك تستطيعين أن تحافظي على عظامك سليمة بممارسة نشاط جسمي يومي، كركوب الدراجة الهوائية أو السباحة أو المشي، وعليك أن تتناولي وجبات غذائية متوازنة وغنية بالكالسيوم وفيتامين (D) ، إضافة للخضراوات الطازجة واللبن الرائب.

ينصح بتناول الأسبرين، أو أي مسكن آخر، لتخفيف الألم، كما يجب الحذر والانتباه جيداً من الوقوع على الأرض، وحمل عكاز (عصا) خاصة إذا كان المصاب لا يستطيع الوقوف بثبات، كما يجب إزالة كل ما يعيق السير في المنزل وكل الأشياء التي يمكن أن يتعثر بها المصاب، ويستحسن إنارة المنزل بشكل جيد أثناء الليل.

العلاج الاختصاصي: إن علاج تخلخل العظام لا يعيدها إلى ما كانت عليه سابقاً، بل يوقف الحالة عند حدها أو يجعل تقدمها بطيئاً. ويتم العلاج، عادة، بإعطاء الهرمونات والكالسيوم، وربما أملاح الفلور وغيرها. وينصح بعض الأطباء بتعويض الهرمونات للنساء اللواتي انقطع حيضهن كوقاية ضد تخلخل العظام، وبشكل خاص، فإن النساء اللواتي يعانين من أعراض حادة لانقطاع الحيض، أو انقطاع حيض باكر، أو هن قريبات للنساء اللواتي عانين من تخلخل العظام، ينصحن بتطبيق هذا الشكل من العلاج لأن لتخلخل العظام، في بعض الحالات، علاقة بالوراثة، كما ينصح بهذا النوع من العلاج الوقائي للنساء اللواتي أجري لهن قطع حيض اصطناعي، أو اللواتي انقطع حيضهن باكراً بسبب العلاج بالأشعة أو بسبب عمل جراحي، أو غير ذلك.

لين العظام (Osteomalacia)

يسمى هذا المرض أحياناً الرَّخَد عند البالغين، ويحدث بسبب نقص ڤيتامين د ـ (Vit. D)، لأن نقص هذا الڤيتامين يعيق أو يمنع امتصاص الكالسيوم والفوسفور من الطعام وكلا هذين العنصرين ضروري لنمو وقساوة وسلامة العظام.

يحصل الإنسان السليم على ڤيتامين د ـ (Vit. D) من مصدرين هما الطعام والتعرض لأشعة الشمس، حيث تؤثر أشعة الشمس العادية على طليعة ڤيتامين د ـ (Vit. D) الموجود في جلد الإنسان وتحوله إلى فيتامين د ـ (Vit. D) .

يصاب الإنسان بنقص ڤيتامين د ـ (Vit. D) لأسباب مرضية أحياناً، كحالة القصور الكلوي الحاد (ص 658) والزرب اللاإستوائي (ص 599)، أو لأسباب أخرى ولكنها نادرة، مثل، العلاج طويل الأمد لداء الصرع (ص 317)، وبعض أنواع الجراحة في السبيل الهضمي.

الأعراض: تصبح العظام مؤلمة باللمس أو بدون لمس، وتسبب أعراضاً تشبه أعراض التهاب المفاصل الرثياني (ص 720)، أضف إلى ذلك، أن المصاب يشعر بالتعب والتيبس وصعوبة في الوقوف ومعاناة من مَعَصٍ عضلي متكرر. واعتماداً على مدى شدة هذه الأعراض فإنها تسبب وهناً بدرجات مختلفة.

المضاعفات: أهم المضاعفات هو ضعف العظام بحيث تنكسر تحت أي جهد خفيف.

العلاج: ليتأكد الطبيب من تشخيص حالة لين العظام، لا بد من إجراء عدة فحوصات للدم والبول ومسح للعظام وتصويرها بالأشعة وربما أخذ خزعة أيضاً.

العلاج الذاتي: لعلاج مرض لين العظام، أو للوقاية منه، يجب التأكد من أن الوجبة الغذائية تحتوي على الكثير من ڤيتامين د ـ (Vit. D) والكالسيوم (Ca) .

العلاج الاختصاصي: يصف الطبيب، عادة، للمصاب بهذا الداء حقناً من ڤيتامين د (Vit. D) يأخذها بفواصل زمنية منتظمة، ويطلب منه تعريض نفسه لأشعة الشمس باعتدال، وأن يتناول غذاءً غنياً بڤيتامين د ـ (Vit. D) والكالسيوم (Ca) ، ويعالجه من أي مرض آخر محتمل.

داء باجِت (Paget's disease)

المقصود بداء باجِت هنا (أو التهاب العظم المشوِّه) هو اختلال عمل جهاز الحماية الطبيعي، الذي يحفظ العظم سليماً وقوياً، وبدون سبب معروف، فينتج عظاماً جديدة بسرعة أكبر من هدم العظام القديمة.

يحدث هذا المرض على مرحلتين:

المرحلة الأولى: تدعى المرحلة الوعائية، حيث تتخرب نسج العظام ولا تمتلئ بنسيج عظمي جديد، بل بأوعية دموية ونسج ليفية.

المرحلة الثانية: أو المرحلة المتصلبة، تصبح النسج الليفية المملوءة بالدم قاسية كالعظام، ولكنها ضعيفة وهشة.

يمكن لمرض باجِت أن يحدث في جزء من أي عظمة أو فيها كلها، أو في عدة عظام، وعظم الورك (الحوض) وعظم القصبة (الساق) هما أكثر العظام إصابة بهذا المرض.

الأعراض: ليس لداء باجِت، دائماً، أعراض، وعند الإصابة به، يكون ألم العظم هو أكبر المشاكل وأهم الأعراض، ويزداد هذا الألم شدة في الليل، غالباً، كما يصبح العظم المصاب كبيراً ومشوهاً، ومؤلماً باللمس، وحاراً. كما تعتمد الأعراض على أي العظام مصابة، فقد يكبر الرأس إذا أصيبت عظام الجمجمة، وقد يبدو المصاب أقصر طولاً ومنحنياً إذا أصيب العمود الفقري، كما قد تتقوص الرجلان إذا أصيبت عظامها الطويلة، وربما يصبح الحذاء ضيقاً جداً على القدم.

المضاعفات: يصيب هذا المرض الرجال أكثر من النساء بشكل عام، وتتعرض العظام المصابة للكسر أكثر من غيرها، وعندما يصيب المرض الجمجمة، وبشكل نادر، فقد ينضغط العصب السمعي الذي يحمل الإشارات من الأذن إلى الدماغ في النقطة التي يمر فيها عبر الجمجمة، مما يسبب الصمم. كما أن هناك مضاعفات أخرى كقصور القلب لأن القلب يجهد في محاولة التوافق مع جريان الدم المتزايد بشكل كبير عبر العظام المريضة، وفي حالات نادرة يتطور ورم عظمي (الفقرة التالية).

العلاج: عند استشارة الطبيب، سيطلب إجراء مسح للعظام وصور أشعة وفحوصات دم مختلفة للتأكد من التشخيص. وبما أن أهم الأعراض هو الألم فلا بد من استعمال المسكنات المناسبة والأدوية المضادة للالتهابات (كالأسبرين والأندوميتاسين). وإذا كان الألم حاداً جداً ينصح الطبيب بأخذ حقن من هرمون كالسيتونين (Calcitonin) ، وكبديل، ربما ينصح علاجاً بدواء سام للخلايا مثل الـ (Mithramycin) أو دواء الـ (Diphosphonate) مثل (Etidronat) وهذه العلاجات الثلاث تبطئ أو توقف تطور العظم الجديد، ومع هذا فكل دواء من هذه الأدوية له تأثيرات جانبية، فبعض الأشخاص تظهر عليهم ردود فعل تحسسية للكالسيتونين.

أورام العظام (Bone tumors)

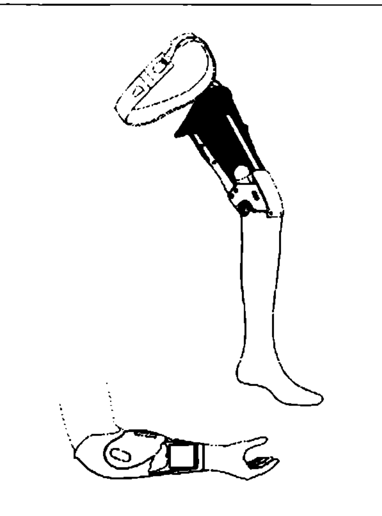
إن معظم أورام العظام هي أورام ثانوية تتطور عن خلايا سرطانية انتقلت وانتشرت من ورم خبيث رئيسي (يهدد الحياة)، قد نشأ، أصلاً، في نسيج غير عظمي وانتقلت خلاياه مع الدم إلى العظام فشكلت أوراماً سرطانية ثانوية فيها. أما أورام العظام الرئيسية التي تنشأ في العظم فهي نادرة جداً ومعظمها سليم أو لا تنتشر ولا تهدد الحياة والقليل منها خبيث، وكلا النوعين يحدثان بشكل شائع لدى الأطفال واليافعين.

تكون الأورام السليمة، عادة، غير مؤلمة وتتضمن، الورم العظمي الغضروفي (يتألف من عظم وغضروف)، ويميل إلى التشكل قرب المفاصل كالركبة أو المرفق، والورم العظمي العاجي، أو كعبرات العظم القاسية التي تتشكل في عظام الجمجمة، والكيسات العظمية التي تتطور في العظام الطويلة وتجعلها أكثر عرضة للكسور. وأما أورام العظام الخبيثة، مثل الأغْران العظمية (Osteogenic sarcomas) وغَرَن يوينغ (Ewing's sarcoma) فهي نادرة.

العلاج: إذا ظهرت أية كتلة على العظم أو على أي جزء من الجسم، يجب مراجعة الطبيب فوراً، وهو سيفحصها ويطلب تصوير المنطقة، فإذا كان النمو الذي شكل الكتلة، سليماً، فإنه سينصح بإجراء جراحة لاستئصال الكتلة لتحسين منظر المنطقة المصابة من الجسم. في حالات السرطانات، سواءاً أكان الورم أولياً أم ثانوياً، فإن علاج كلا الحالتين يتطلب إجراء معالجة شعاعية وتناول عقاقير سامة للخلايا، وإجراء جراحة لاستئصال الكتلة. فإذا كانت المنطقة المصابة محصورة في عظام أحد الأطراف، ولم يتجاوب الورم مع العلاج بالأدوية أو الأشعة، فربما يكون ضرورياً بتر الطرف المصاب، وتكون فرصة الشفاء جيدة إذا بدأ العلاج بمراحل المرض الأولى. أما إذا أصبح الورم الثانوي كبيراً بحيث أدى إلى كسر في العظم فإن العلاج يكون بوضع صفائح وقضبان معدنية.

الأطراف الصناعية

يستعمل الطرف الصناعي عند فقد الرجل أو الذراع (كله أو جزء منه)، حيث يفقد الإنسان أطرافه، أحياناً، بسبب حادث أو نتيجة إصابة الطرف بالغنغرينا (Gangrene) . ومن المفترض أن يؤمن الطرف الصناعي الحركة الطبيعية بحيث لا يبدو على المرء أنه يستعمل طرفاً صناعياً، وأن يكون مظهره طبيعياً. ولكن لسوء الحظ من الصعب تحقيق هذين المطلبين بطرف صناعي واحد. لذلك من المهم مناقشة هذه الاحتياجات مع الذين سيساعدون في الحصول على الطرف الصناعي بحيث يؤمنون للمصاب أكثر الاحتياجات الممكنة. وبعد الحصول على الطرف الجديد وتركيبه على الجسم يشرح خبير بهذه الأجهزة كيفية استعماله. فالعديد من الناس، وحتى أولئك المجهزين بأكثر من



بعض الأطراف الصناعية تعمل على مولدات كهربائية أو أجهزة خاصة أخرى. تتنبه بالدفعات العصبية القادمة من الجزء المتبقي من الطرف، وهذه الأطراف تمنح أملاً عظيماً للمستقبل. وإن الأطراف الصناعية ذات التصميم الأقدم غالباً ما تُدمج مع مفاصل بكرية بسيطة، وربما مع أثقال معلقة معاكسة بحيث تساعد على استخدامها سنوات بدون مشاكل.

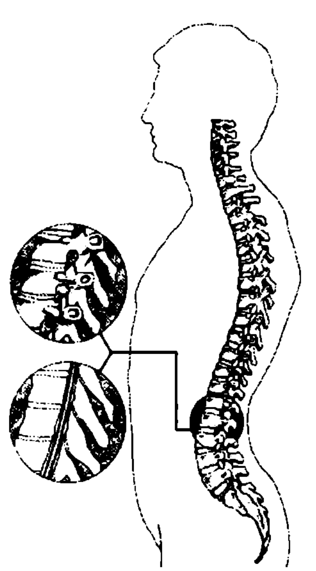
طرف صناعي واحد قد تعلموا كيفية استعمال هذه الأجهزة بسهولة إذ أن الصبر والتحمل عاملان هامان في ذلك.

بعض الأطراف الصناعية تعمل على مولدات كهربائية، أو أجهزة خاصة أخرى، تنبهها نبضات العصب في الطرف المستعمل.

- 5 -
آلام الظهر (Backaches)

يمتد العمود الفقري (Spinal column) من قاعدة الجمجمة إلى أسفل الأليتين، ويتألف من (33) فقرة تتصل ببعضها البعض بأربطة قوية، يتوضع بين كل فقرة والتي تليها قرص (Disc) مسطح مرن يتألف من غطاء خارجي ليفي خشن يغلف مادة هلامية موجودة في داخله، وهذا التركيب يسمح بمرونة كافية للقيام ببعض الحركات في كامل العمود الفقري، علماً أن المسؤول عن أغلب مشاكل الظهر هو هذا التعقيد الذي تفرضه المرونة المحدودة. فإذا تحرك العمود الفقري بشكل خاطئ، وأُجهدت فقرة واحدة فيه، فإن ذلك يؤدي إلى تأثير مؤلم على الظهر نفسه وعلى العضلات والأربطة التي تربط الفقرات ببعضها البعض.

يوجد داخل العمود الفقري قناة تعبره من أعلاه إلى أسفله، يتوضع داخلها الحبل الشوكي أو النخاع الشوكي (Spinal cord) الذي هو جزء رئيسي وهام من جهاز الأعصاب المركزي، كما يوجد بين الفقرات المتتالية قنوات أضيق تمر منها أعصاب محيطية صادرة عن النخاع الشوكي ومتجهة من وإلى باقي الجسم. وهكذا فإن أية مشكلة في أية فقرة أو أربطة داعمة أو قرص غضروفي قد تؤثر على الظهر وتزيد الألم سوءاً. كما تؤدي إصابات العمود الفقري إلى ظهور أعراض كالألم والضعف في أي جزء من الجسم.



العمود الفقري: يتألف العمود الفقري من أكثر من ٣٠ عظماً منفصلاً، الفقرات، تشكل مع بعضها صندوقاً واقياً للنخاع الشوكي.

النخاع الشوكي: يسير النخاع الشوكي عبر قناة متمادية داخل العمود الفقري، ويقوم بنقل الإشارات العصبية ما بين الدماغ والجسم.

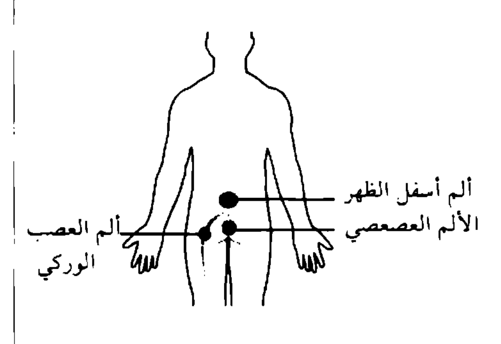
الألم الظهري غير النوعي أكثر آلام الظهر، غير محددة الأسباب، وليست سهلة الشفاء كذلك، وعلى كل حال فإن معظمها تسببه أربطة الظهر المجهَدَة، أو مفاصل الفقرات التي تضغط على العضلات المحيطة محدثة تشنجات مؤلمة، وقد يسببه أيضاً التهاب ألياف عضلات الظهر أو إجهاد الظهر بشكل عام.

غالباً ما يكون ألم الظهر غير النوعي شديداً جداً، ويجعل من الصعوبة الاستمرار بالأعمال الروتينية اليومية، ولكنه لا يحدث أية مضاعفات معقدة، ومثل هذه الآلام تشفى عادة من دون علاج، ولكن لسوء الحظ فإنها تميل إلى المعاودة (الانتكاس).

الأعراض: يتطور ألم الظهر، بشكل عام، مع التيبس، ببطء أو بشكل مفاجئ، ويبدأ بعد رفع جسم ثقيل، أو بعد سقوط ما، أو بعد البقاء، لبعض الوقت، بوضعية تكون فيها العضلات مشدودة ومتقلصة (وضعية القرفصاء مثلاً) أو حرجة، أو بعد القيام ببعض التمارين غير المعتادة، أو من دون سبب واضح أبداً. وربما كان ألم الظهر مستمراً أو يحدث بعدما يكون الجسم بوضعية معينة. ومما يزيد الألم سوءاً وشدة، السعال والعطاس بالإضافة إلى الانحناء ولوي الظهر، وفي بعض الأحيان يبدو الألم متركزاً في منطقة واحدة.

العلاج: النصيحة الأولى هي وقاية الظهر من الآلام. (راجع كيف تقي ظهرك، الوارد لاحقاً). فإذا حدث ألم الظهر غير النوعي، فيجب البدء بتطبيق العلاج الذاتي الوارد في (ص715)، فإن استمر لأكثر من ثلاثة أو أربعة أيام، يجب مراجعة الطبيب، مع العلم أنه قد لا يكون سهلاً على الطبيب تشخيص ألم الظهر غير النوعي، وقد يطلب صورة أشعة للعمود الفقري للتأكد من أنه لا يوجد داء الفقار المقسط (راجع ص 717)، أو انفتاق نواة لبية (ص 716)، ولكن، في معظم الحالات، عندما يشك الطبيب بحالة ألم ظهر غير النوعي فإنه ينصح بالمداومة على إجراءات العلاج الذاتي لبضعة أيام، ويصف مسكنات ألم قوية وعقاقير مرخية للعضلات، وإذا وجدت نقطة مؤلمة بشدة، فإنه قد يحقن عقاراً ستيروئيدياً فيها، كما يفيد في ذلك إجراء مساجات معتدلة الشدة، أما المساجات العنيفة والتي يجريها شخص قليل الخبرة والتدريب فإنها تضر أكثر مما تنفع.

أنماط ألم الظهر



أنماط آلام الظهر

1) **ألم أسفل الظهر** (Low back pain): يتركز ألم أسفل الظهر في منطقة الصلب، ويسببه، عادة، بذل جهد غير عادي، كتحريك أوزان ثقيلة مثلاً. ومن الممكن أن يتطور الألم إما فجأة أو أثناء الليل، وقد يكون شديداً كما قد يتعذر تحريك الظهر بتاتاً. يختلف الأطباء حول السبب الدقيق لهذه المشكلة؛ فهو عبارة عن مزيج من عضلات مشدودة أو متشنجة أو أربطة ملتوية وغيرها.

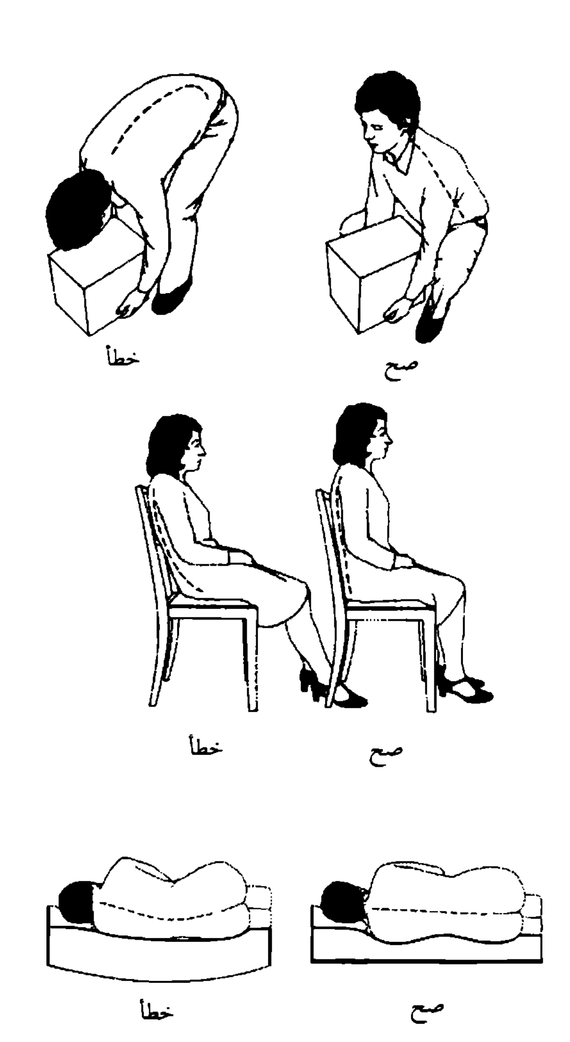
2) **الألم العصعصي** (Coccygeal pain): هو ألم ظهر غير نوعي متوضع في منطقة العصعص في أسفل العمود الفقري، وهو ألم مستمر يزداد عند الجلوس، ويسببه السقوط بشدة على الأليتين أو إصابة المنطقة بضربة ما، وعادة تصاب النساء بهذا الألم بعد الولادة، ويمكن التخفيف من هذه

المشكلة بالجلوس على وسادة طرية ومريحة أو تكون مصممة لهذا الهدف.

3) **ألم العصب الوركي** (Sciatica)، **أو النَّسَىْ**: هو ألم يسببه الضغط على العصب الوركي، الذي يتفرع عن النخاع الشوكي عند منطقة الصلب ويعصب الرجلين، ويحدث هذا الضغط بسبب انفتاق النواة اللبية الموافقة للفقرات التي يمر من خلالها العصب إلى خارج العمود الفقري، أو بسبب داء الفقار المقسط. (راجع الفقرتين اللاحقتين). وقد يكون الألم حارقاً ويسري في الأليتين إلى أسفل وخلف الفخذ، ويزداد سوءاً أثناء السعال والعطاس والانحناء، وفي جميع الأحوال عندما يستمر ألم الظهر لأكثر من ثلاثة الى أربعة أيام تصبح مراجعة الطبيب ضرورية.

وقاية الظهر من الآلام

يمكن لدرجة كبيرة حماية الظهر من الآلام بمراعاة بعض الأمور البسيطة:



1 ـ **رفع أوزان ثقيلة**: عند رفع وزن ثقيل يجب المحافظة على الظهر مستقيماً أثناء فعل ذلك مع حني الركبتين، والجلوس القرفصاء وجعل الرجلين يحملان الوزن ويقومان بالعمل فهما أقوى من الظهر. يحمل الوزن بكلتا اليدين ثم يتم الوقوف، وقبل فعل ذلك يجب التأكد من إمكانية رفع الوزن، أما إذا كان الوزن أثقل من طاقة المرء، فيجب طلب المساعدة، وعدم تحميل الجسم فوق طاقته.

2 ـ **ارتداء أحذية مناسبة**: يفضل تجنب استعمال الحذاء ذي الكعب المرتفع أو العالي، فكلما زاد ارتفاع الكعب كلما أجبر الظهر على الانحناء بوضعية تجهده، وليكن الحذاء مريحاً، والوقوف بشكل صحيح.

3 ـ **الجلوس بطريقة صحيحة**: يجب الجلوس على كرسي ذي ظهر مرتفع وثابت. وإذا كان لا بد من الجلوس لعدة ساعات لقيادة السيارة مثلاً فيجب استعمال وسادة صغيرة لدعم منطقة الصلب.

4 ـ **انتقاء السرير الجيد**: يجب النوم على سرير ذي فراش متماسك نوعاً

ما، أو وضع لوح خشبي تحت الفراش، والمفروض أن يؤمن السرير دعماً ثابتاً للظهر، كي يحفظ العمود الفقري مستقيماً وليس منحنياً، يجب استعمال وسادة منبسطة واحدة فقط أو بدونها أبداً.

5 ـ **البدانة**: إذا زاد وزنك عن الحد الطبيعي، فحاول أن تفقد بعضه، إذ أن البدانة تحمّل الظهر وزناً وعبئاً إضافياً.

علاج آلام الظهر

غالباً، يكون من الصعب تحديد الأسباب الدقيقة لألم الظهر، وإذا تطور هذا الألم فمن الصعب على الطبيب وضع تشخيص دقيق ووصف علاج فعال بشكل فوري. والمريض الذي يشكو من ألم في الظهر سيتحسن خلال بضعة أيام بمساعدة بعض إجراءات العلاج الذاتي الواردة لاحقاً، ولكن إذا كان الألم شديداً ومستمراً أو معاوداً فإن الطبيب سيطلب إجراء صورة أشعة وفحوصات تشخيصية أخرى لكشف السبب الخفي للمشكلة. وعند معرفة السبب بدقة يمكن تقرير العلاج المناسب.

العلاج الذاتي لألم الظهر: مهما يكن سبب الألم فإن هناك إجراءات تخفف من حدته وتسرّع شفاءه، أهمها:

ـ تناوُل مسكن بسيط للألم كالأسبرين.

ـ تدفئة المنطقة المؤلمة، وعدم تعريضها للبرد ولتيارات الهواء الباردة، فالدفء يخفف من الألم، كما يمكن استعمال فراش ذي تدفئة كهربائية، أو كيس ماء ساخن...

ـ الاستلقاء على الظهر، وجعل الظهر مستقيماً، أطول مدة ممكنة، وذلك على سرير ذي فراش متماسك جيداً (يمكن وضع لوحٍ قاسٍ تحت الفراش)، وربما كان وضع وسادة تحت الركبتين ذا فائدة أكبر.

فإذا استمر الألم لأكثر من ثلاثة أو أربعة أيام، رغم هذه الإجراءات، يراجع الطبيب.

المعالجة الطبية لألم الظهر: كثيراً ما يعتمد هذا العلاج على تاريخ مشاكل الظهر وعلى ما يتوفر للطبيب من معلومات حول الحالة المرضية. فربما يصف مسكناً قوياً للألم أو مرخياً عضلياً. وإذا كان هناك نقطة معينة في عضلات الظهر، شديدة الألم، فإن إعطاء حقنة واحدة أو أكثر، من عقار ستيروئيدي، يريح على الفور. وإذا حدث ألم الظهر فجأة فقد ينصح الطبيب بإجراء علاج فيزيائي. فإذا أظهرت الأعراض وجود انفتاق نواة لبية، ينصح الطبيب بالاستلقاء على الظهر على سرير ثابت لمدة أسبوعين، وهذا يعني تناول الوجبات في السرير واستعمال مائدة سريرية وحمام سريري. فإذا نهض المريض من سريره من أجل الذهاب للحمام، مثلاً، فإن ذلك سيلغي مفعول العلاج كله، لأن الاستلقاء يجب أن يكون مستمراً تماماً لكي يكون العلاج ذا فائدة.

في بعض الأحيان، قد لا يخف ألم الظهر رغم كل هذه الإجراءات، فإذا حدث ذلك، وفي حالات معينة، ربما يكون مفيداً العلاج بأنزيم (البابايا) (Chymopapain). وفي حالات أخرى، قد ينصح الطبيب بإجراء جراحة لإزالة القسم المتضرر من القرص، ثم وبعد أن تتحسن الحالة ويتم الشفاء، ينصح الطبيب بممارسة التمارين الرياضية الخاصة لتقوية عضلات ومفاصل الظهر. من المحتمل أن تعود المشكلة وتنتكس في الأشهر الأولى بعد أول عارض جديد، لذلك يجب الحذر دائماً، واتخاذ الحيطة لحماية الظهر من عودة الألم ثانية.

انفتاق النواة اللبية (القرص المنزلق) (Prolapsed disc)

علمنا سابقاً أنه يوجد بين كل فقرة والفقرة التي تليها (من فقرات الظهر) قرص له طبقة خارجية ليفية متماسكة تحيط بمادة داخلية هلامية مما يسهِّل عمل العمود الفقري. فإذا انضغط القرص، لأي سبب كان (بسبب الإجهاد أو السقوط أو تقدم العمر)، فإن قسماً من المادة المركزية الهلامية اللينة يندفع عبر نقطة ضعيفة في الطبقة الخارجية الليفية، ويشكل نتوءاً فيها، فيفقد القرص إمكانيته في تقديم عمل الوسادة بين الفقرات، مما يحدث ضغطاً مؤلماً على الأعصاب في المنطقة التي تسربت فيها المادة الهلامية ضمن القرص.

من الممكن أن تحدث الإصابة في أي قرص من أقراص العمود الفقري، لكن أقراص الظهر السفلية هي أكثر الأقراص إصابة.

الأعراض: إذا حصل انفتاق نواة لبية في أحد الأقراص، فيما بين الفقرات الرقبية فعلى الأغلب أن ذلك الأمر سيسبب ألماً في المنطقة، وسيضطر المصاب للوي رقبته وخاصة عندما ينهض فجأة، ولن يستطيع بسط رقبته بشكل مستقيم من دون ألم شديد، وربما شعر أيضاً بخدر وتنميل في الذراع.

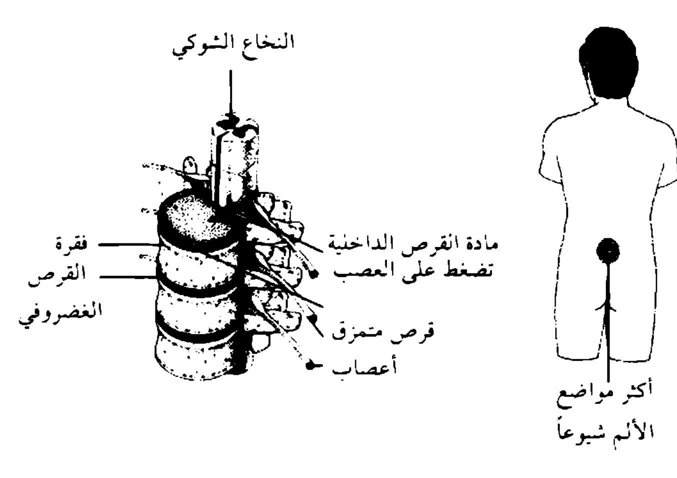
أما إذا كانت الإصابة في قرص ما، في القسم الظهري من العمود الفقري، فإن الأعراض إما أن تظهر فجأة أو تتطور بشكل تدريجي، وعند محاولة رفع وزن ثقيل، على سبيل المثال، فسيشعر المصاب فجأة بألم شديد في الظهر مع ألم حارق يسري إلى إحدى أو كلا رجليه. فالجهد الفجائي يسبب انفتاق النواة اللبية بشكل جزئي مما يحدث ضغطاً على العصب المجاور، وربما أصيب المرء بألم في الظهر والرجل يزداد سوءاً خلال عدة أسابيع.

وفي حال كانت الإصابة في القسم الأسفل من الظهر فإن أعراض الحالة هي ما درسناه في (ص 713).

المضاعفات: ما عدا الإصابة التي تحدث في العنق، فإن هجمات الألم التي يحدثها انفتاق النواة اللبية تسبب، في بعض الأحيان، ألماً دائماً في الظهر، لكن أخطر المضاعفات هو تأذي النخاع الشوكي (الحبل الشوكي) الذي يسبب شللاً دائماً للأقسام السفلية من الجسم (راجع أذية النخاع الشوكي ص 304).

العلاج: عند مراجعة الطبيب، فإنه يقوم بفحص حالة الظهر والرجلين، وربما يجري تصويراً بالأشعة للعمود الفقري. ومن أجل تحديد موضع الانفتاق ربما يطلب تصوير النخاع الشوكي شعاعياً أو إجراء مسح (CAT scan).

يختلف علاج انفتاق النواة اللبية حسب موقع الإصابة، فإذا كانت في الرقبة فيجب ارتداء قبة داعمة لمدة أسبوعين، ويعتمد الأمر بدرجة كبيرة على حالة المريض الصحية وعلى رأي الطبيب (راجع العلاج الذاتي والعلاج المهني لمشاكل الظهر ص 715).



كيف يسبب انفتاق النواة اللبية ألماً:

تعمل الأقراص المرنة الموجودة بين الفقرات كمادة ماصة للصدمات لتمنع العظام من الاحتكاك ببعضها أثناء تحريك العمود الفقري، علماً أن كل قرص يحوي طبقة خارجية قاسية ولب هلامي. عندما يجهد الظهر ربما يؤدي الضغط إلى خروج المادة اللينة الهلامية عبر نقطة ضعيفة، إلى الطبقة الخارجية القاسية، فتضغط هذه على العصب الذي يتفرع عن الحبل الشوكي في تلك النقطة وتسبب ألماً.

داء الفقار المقسط (Spondylosis)

يدعى هذا المرض أيضاً مرض المفاصل التنكسي أو الالتهاب العظمي المفصلي الشوكي أو تصلب العمود الفقري. وهو عبارة عن تيبس وقساوة يَحدثان في العمود الفقري ويؤديان إلى فقدان المرونة فيه. ويحدث ذلك عندما تتضيق المسافات بين الفقرات، بسبب انحلال الأقراص وفقدانها لمرونتها، أو بسبب تقدم العمر أو إجهاد العمود الفقري أو أذية ما، كما أنه، في بعض الأحيان، قد يتطور نمو عظمي صغير على إحدى الفقرات أو على طول أطراف الأقراص المتنكسة، يضغط على جدران العصب الموافق في المنطقة المصابة.

إن تضيق المسافة بين الفقرات وقساوة المفاصل، تضاعف الجهد على العمود الفقري وتراكيبه الداعمة (العضلات والأربطة والأقراص الأخرى). وفي بعض الحالات، قد تحدث هذه الإصابة في جزء واحد فقط من العمود الفقري.

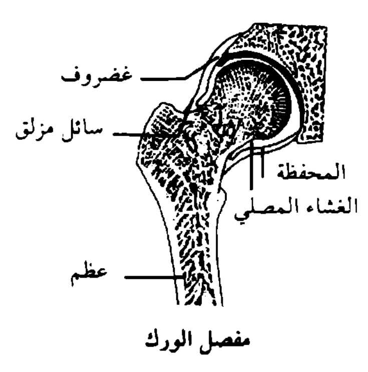
الأعراض: إن حالات المرض الخفيفة تكون خالية من الأعراض، عادة، وعليه فقد يتواجد الداء عند الإنسان لفترة طويلة من حياته دون أن يشعر به، ولكن، في أغلب الأحيان، يشكو المصاب من ألم متقطع في القسم المصاب من العمود الفقري، كما يصبح الانحناء والالتواء صعباً. ويعاني من آلام محرقة في الأليتين والرجلين إذا كان القسم الأسفل من الظهر هو المصاب، وهذا من أعراض التهاب العصب الوركي أيضاً.

المضاعفات: إن حصلت مشاكل متكررة بسبب الإصابة بانفتاق النواة اللبية فسيكون المصاب عرضة للإصابة بالتصاق الفقرات المقسط، وإذا كانت الإصابة في القسم السفلي من الظهر فإنها نادراً ما تؤثر على القدرة على التبول أو التغوط أو المشي.

العلاج: تطبق إجراءات العلاج الذاتي المشروحة سابقاً في فقرة علاج أمراض الظهر. أمَّا إذا استمرت الأعراض لأكثر من (3 ـ 4) أيام، يراجع الطبيب وهو سيجري فحصاً للمريض، وسيطلب صورة أشعة للظهر للمساعدة في تشخيص الحالة.

ـ 6 ـ
اضطرابات المفاصل (Joint disorders)

في كل حركة يتحركها، يستعمل الإنسان مفاصله، لذلك ليس مستغرباً أن تصاب تلك المفاصل ببعض الاضطرابات. يضم المفصل عظمين أو أكثر يشدهما إلى بعضهما ألياف عضلية متينة تدعى الأربطة (Ligaments)، كما يحاط المفصل، بحد ذاته، بمحفظة ليفية متوضعة فوقه، يوجد بداخلها غشاء مصلي يفرز، باستمرار، كميات بسيطة من سائل لزج لتزليق المفصل، وكذلك تغطي نهايات العظام، المتقابلة مع بعضها في المفصل، مادة ناعمة جداً تدعى الغضروف المفصلي (Articular cartilage)، مما يسهل حركة المفصل دون أي إزعاج.



مفصل الورك

وسنناقش هنا أهم اضطرابات المفاصل، ما عدا مشاكل العمود الفقري التي ناقشناها سابقاً (ص 712) وانفتاق النواة اللبية (ص 716) والإصابات (ص 691) والنقرس (ص 636).

داء المفاصل التنكسي (الفُصَال العظمي) (Degenerative joint disease)

هي حالة مجهولة السبب، تزداد سوءاً كلما أفرط الشخص في استعمال المفصل. ويكون تطورها أكثر وضوحاً، عند كبار السن، في المفاصل التي تحمل وزناً أثقل، كمفصل الورك والركبتين والعمود الفقري. ويصيب كثيراً من الناس في مفاصل الأصابع، حيث يعطي أصابع اليدين مظهراً عقدياً أو مشوهاً. وسبب ذلك أن حشوة المفصل الناعمة المعروفة بالغضروف المفصلي تبدأ بالتشقق والاهتراء بسبب فرط الاستعمال أو الأذيات أو لسبب آخر. وبعد تشوه الغضروف يتضرر العظم فيثخن ويتشوه وتصبح حركته مؤلمة ومحدودة، مما يدفع بالمصاب لعدم تحريك أصابعه فتفقد العضلات، غير المستعملة، قوتها تدريجياً، وهذا رد فعل طبيعي للعضلات التي لا تستعمل، أياً كانت.

الأعراض: تحدث عوارض ألم وتيبس وتورم في المفصل المصاب على فترات متقطعة تمتد لأشهر أو حتى سنوات. وبالرغم من أن مرض المفاصل التنكسي غالباً ما يصيب عدة مفاصل ولكنه نادراً ما يكون شديداً بحيث يسبب أعراضاً في أكثر من مفصل واحد أو اثنين.

إن الألم الذي يسببه هذا الداء والذي يبدأ كشعور بعدم الراحة، في بعض الحالات، يصبح ألماً شديداً يؤرق المصاب ويؤثر في نمط حياته اليومية. بعد أن يستمر تنكس المفصل ويصبح أكثر تيبساً وقليل الحركة، يخف الألم. يختلف حجم التورم في المنطقة المصابة فربما كان بسيطاً، وربما أصبح المفصل كعقدة متورمة كثيراً ومؤلم للغاية. وقد يخدع الألم، بحد ذاته، المصاب أحياناً، فربما يشعر به مباشرة في منطقة المفصل المصاب وربما يشعر به في مكان آخر من الجسم، وعلى سبيل المثال، يسبب الورك المصاب بداء المفاصل التنكسي ألماً في الركبة أحياناً.

المضاعفات: داء المفاصل التنكسي هو أكثر أمراض المفاصل شيوعاً، فإن امتد العمر بالمرء، فإن احتمال إصابة بعض مفاصله بهذا الداء أمر وارد رغم أنه قد لا يشعر به أبداً. تظهر صور الأشعة درجات مختلفة من هذا المرض في مفصل واحد أو أكثر لدى أغلب الناس الذين تتجاوز أعمارهم الأربعين سنة، ونادراً ما تصبح المشكلة خطيرة، كما أنها لا تهدد الحياة. لذلك، في حالة الإصابة بمرض المفاصل التنكسي، بدون أعراض متعبة، فلا داعٍ للقلق ولا داعٍ لعلاجه. تتعلق بعض المهن والألعاب الرياضية كثيراً، بالتطور النهائي لمرض المفاصل التنكسي. فعلى سبيل المثال يصاب به راقصو الباليه في أقدامهم بعد عدة سنوات من الوقوف على أطراف أصابع أقدامهم، ولاعبو كرة القدم أيضاً، بشكل خاص، معرضون لمشاكل خاصة بمفاصلهم كنتيجة للرضوض المتكررة والإصابات التي تحدث أثناء اللعب.

العلاج: تطبق إجراءات العلاج الذاتي المبينة أدناه، ثم، عند الضرورة، يراجع الطبيب، وهو سيجري الفحص اللازم ويطلب إجراء فحوصات دم وصور أشعة للمفاصل المصابة، وسيتأكد إن كانت هي داء المفاصل التنكسي أم مرضاً آخر كالتهاب المفاصل الرثياني مثلاً.

العلاج الذاتي: يؤدي الإفراط في استعمال المفاصل التي تحمل وزناً ثقيلاً، خاصة عند البدينين، إلى استهلاكها. إن أفضل علاج، في مثل هذه الحالة، هو إنقاص الوزن لتخفيف الجهد على المفصل، واستعمال عصا للاتكاء عليها أثناء المشي، وأخذ استراحات متكررة أثناء العمل، والنوم على سرير ثابت وعدم تعريض الجسم للبرد لأن الدفء غالباً ما يساعد على تخفيف آلام المفصل. ومن المهم عدم ترك العضلات المحيطة بالمفاصل تصبح ضعيفة بسبب عدم استعمالها، كما يجب إجراء تمارين منتظمة لتقوية تلك العضلات مع العلم أن التمارين تخفف من الأعراض، ويمكن استعمال الأسبرين كمسكن وعدم تناول غيره إلا إذا نصح الطبيب بذلك.

العلاج الاختصاصي: ربما يصف الطبيب مسكناً أقوى من الأسبرين، أضف إلى ذلك أن استعمال بعض الأدوية المضادة للالتهاب، ولسبب غير معروف، تخفف من أعراض المرض. فإذا اشتد الألم ربما يساعد حقن المفصل المؤلم بعقار ستيروئيدي (كورتيزون) على تخفيف

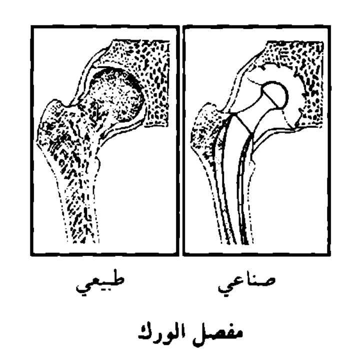
شدة الألم، ولكن هذا النوع من العلاج يسبب ضرراً لغضروف المفصل إذا استعمل بكثرة، وربما ينصح الطبيب بإجراء علاج فيزيائي يتضمن ممارسة تمارين ومعالجة حرارية.

في بعض الأحيان، لا يجد الطبيب بديلاً عن إجراء جراحة، وأكثر العمليات شيوعاً، والتي ينصح بها الأطباء مرضاهم الذين يعانون من مرض مفاصل تنكسي في الورك، هي استبدال المفصل (راجع الشرح لاحقاً) وعمليات في الركبة، وقد أثبتت هذه العمليات فاعليتها ونجاحها في كثير جداً من الحالات.

وبشكل عام، تذكر أنه لا يوجد علاج سحري لهذا الداء ولإصابات المفاصل، وتذكر أن هناك عدة أجهزة منزلية ومساعدات أخرى متوفرة لهؤلاء المعاقين، بسبب أمراض كداء المفاصل التنكسي.

استبدال المفاصل

إن استبدال المفاصل الطبيعية بمفاصل صناعية، مصنوعة من المعدن أو من مزيج من المعدن والبلاستيك، هو شكل متطور من علاج المفاصل المشوهة بشكل سيء بسبب الإصابة بالرثية أو لأسباب أخرى. فإذا كانت عملية الاستبدال ناجحة، فإن الحالة تتحسن ويخف الألم.



مفصل الورك

أكثر عمليات استبدال المفاصل انتشاراً ونجاحاً، هي عملية استبدال مفصل الورك حيث أن أكثر من (90%) منها ناجحة، وأما الاستبدالات الأخرى فإنها أكثر عرضة، أثناء أو بعد العملية، للمشاكل والمضاعفات، مثل الأخماج أو ارتخاء عمل المفصل، ورغم ذلك فإن معظمها ينجح ويحقق الغاية المرجوة.

ينصح باستبدال المفاصل فقط للمرضى المصابين بالتهاب مفصل شديد يكون فيه احتمال الفشل مغامرة مقبولة، كما يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار عمر المصاب وحالته الصحية العامة، وفيما إذا كانت المفاصل الأخرى مصابة أم لا.

التهاب المفاصل الرثياني (Rheumatoid arthritis)

التهاب المفاصل الرثياني (نظير الرثوي) هو مرض مفاصل طويل الأمد، مجهول السبب، ويؤثر في العيون وأوردة الدم إضافة إلى المفاصل. عند حدوث المرض يلتهب الغشاء المصلي، الذي هو غشاء رقيق يحيط بالمفصل، ويتورم تدريجياً مما يؤدي إلى التهاب أجزاء أخرى من المفصل، فإذا استمرت هذه الحالة المرضية فإن العظام، المتصلة ببعضها بواسطة المفصل، تضعف ببطء، وفي الحالات الشديدة يتخرب النسيج العظمي في نهاية المطاف.

تصاب بهذا المرض عادة المفاصل الصغيرة، كمفاصل اليدين والقدمين وبشكل رئيسي مفاصل البراجم وأصابع القدمين، ولكن من الممكن أن يصيب مفصل الركبة أو الرسغ أو الكاحل أو العنق، ونادراً ما يصيب العمود الفقري أو الورك المعرضين أكثر من غيرهما لمرض المفاصل التنكسي (البحث السابق)، وفي العديد من الحالات لا يقتصر المرض على المفاصل فقط، بل يسبب أيضاً التهاب القلب والرئتين وأوعية الدم وتغير في النسج الواقعة تحت الجلد مباشرة.

الأعراض: يبدأ هذا المرض بدون أعراض واضحة في المفاصل، وخلال عدة أسابيع، أو حتى أشهر، ربما يشعر المرء بشكل عام، بالضعف والتثاقل وبفقدان الشهية للطعام وينقص وزنه وبعد مدة تبدأ الأعراض المميزة لالتهاب المفصل بالظهور. وفي حالات أخرى تظهر أعراض إصابة المفاصل فجأة بدون أي أعراض سابقة.

عندما تصاب المفاصل، تصبح حمراء اللون متورمة ومؤلمة عند اللمس أو الحركة، وتتيبس ـ ويكون التيبس أول عرض يلاحظ عند الاستيقاظ من النوم ـ وبعد النهوض والحركة قليلاً وإجراء بعض التمارين للمفاصل يصبح الألم والتيبس أقل شدة.

عند بعض المرضى، يرافق أعراض المفاصل هذه، التهاب الجراب (ص 726) وفقر دم (ص 514). ويصاب فقط مفصل واحد أو مفصلان، أو ينتشر المرض بسرعة. تصيب بعض المرضى هجمة خفيفة واحدة فقط، بينما تصيب آخرين عوارض تجعلهم معاقين بشكل متزايد، أو قد لا تؤثر عليهم. وفي حالات نادرة نسبياً، يؤدي التشوه المستمر لنسج العظام والمفاصل إلى تشوهات في المفاصل والمنطقة المحيطة بها مما يجعل المصاب أقل نشاطاً.

المضاعفات: تصيب معظم حالات التهاب المفاصل الرثياني الأشخاص في سن (20 ـ 40) سنة من العمر ولكن يمكن مشاهدة المرض في أي عمر. وفي الحالات الشديدة تنخلع المفاصل المشوهة والمتورمة وتنزاح عن مواقعها جزئياً أو كلياً، وهذا يسبب إزعاجاً للمصاب، ومشاكل بالمشي إذا كانت الإصابة في الركبة أو القدم، وتصبح أوتار المفصل ضعيفة وتتصدع وتجعل من المستحيل السيطرة على بعض الحركات. أمَّا إذا كانت الإصابة في العنق، فتضعف الآلية المتشابكة للفقرتين العلويتين بشكل سيء، ويصبح هناك خوف من حدوث شلل أو موت لاحق بسبب إصابة النخاع الشوكي.

رغم كل ما ذكرناه، فإن التهاب المفاصل الرثياني قد يتغير في مظهره وشدته، وتبين الإحصائيات أن أقل من نصف المصابين بقليل تتحسن حالتهم بشكل عام بعد هجمتين مؤلمتين أو أكثر من التهابات المفاصل، وحوالي هذا العدد أيضاً يبقون مرضى، ويعاق بشدة فقط حوالي واحد من كل عشرة مصابين.

العلاج: عند مراجعة الطبيب، فإنه يقوم بفحص المفاصل ويطلب إجراء صور أشعة وإجراء فحوصات دم خاصة، ومن الممكن تحديد التهاب المفاصل الرثياني، عادة، من نتائج هذه الفحوصات، ولكن أحياناً تكون الطريقة الوحيدة للتأكد من تشخيص المرض هو ملاحظة تطوره خلال عدة أسابيع أو عدة أشهر.

العلاج الذاتي: إن أفضل ما يمكن عمله هو إيقاف الحالة عند حد معين وعدم تركها تتطور نحو الأسوأ. يجب اتباع نصائح الطبيب، وأخذ قسطٍ كبير من الراحة وممارسة بعض التمارين الرياضية بانتظام وباعتدال، مع العلم أن السباحة في بركة دافئة، جيدة للمفاصل المتيبسة، وأن الفراش المتماسك والدافئ والأغطية خفيفة الوزن، كلها تساعد على نوم مريح بدون ضغط كبير على المفاصل.

العلاج الاختصاصي: عند حدوث هجمة سيئة من التهاب المفاصل الرثياني، يطلب الطبيب من مريضه أخذ فترة من الراحة التامة، والبقاء في السرير مع تغليف المفاصل المصابة بجبائر مرنة إلى أن تختفي الأعراض. بعد ذلك يقوم الطبيب ، أو المعالج الفيزيائي، بتعليم المريض، بعض التمارين الرياضية المفيدة ويزوده، أيضاً، ببعض الجبائر المتحركة التي يمكن لفها حول المفاصل أوقات الراحة، كما يصف عقاقير مسكنة للألم ومضادة للالتهاب كالأسبرين والأندوميتاسين (Indomethacin) ، وفي الحالات الشديدة يصف عقاقير أشد قوة كالكلوروكين (Chloroquine) أو البنسيلامين (Penicillamine) .

يظن البعض أن التهاب المفاصل الرثياني هو نتيجة اضطراب في جهاز المناعة (Immune system) ، لذلك يتضمن العلاج، في بعض الحالات، تخفيف مستويات خلايا الدم البيضاء والأجسام المضادة (Antibodies) في الجسم، ويمكن إجراء هذا التخفيف بإعطاء المصاب عقاقير سامة للخلايا (Cytotoxic) ، أو عن طريق إجراء معالجة للدم كاستخراج المصورة (Plasmapheresis) ، وإنقاص كريات الدم اللمفاوية (Lymphocytopheresis) .

في بعض الأحيان، لا بد من إجراء جراحة لمعالجة المرض؛ ففي المراحل الباكرة منه يجرى خزع الغشاء المصلي (إزالة غشاء المفصل المصاب بشكل سيء)، ويكون هذا فعالاً إذا كانت الإصابة شديدة في مفصل واحد فقط. أما في المراحل التالية، فمن الممكن أحياناً استبدال المفصل، المصاب بشدة، بمفصل اصطناعي على أن معظم الأطباء ينصحون بهذه العملية فقط في الحالات الشديدة، وذلك عندما تفشل العلاجات الأخرى كلها.

الرثية والتهاب المفصل (Rheumatism and arthritis)

هاتان الكلمتان متداخلتان، وتستعملان لوصف اضطرابات تتميز بالاحمرار والتيبس، والتورم في المفاصل والعضلات أحياناً. ولكن بشكل جازم لا يوجد حالة طبية تدعى، بكل بساطة، (التهاب

مفصل) أو (رثية)، بل أصبحت هاتان الكلمتان ذاتي أهمية طبية فقط عندما تستعملان كجزء لمرض محدد أكثر مثل الحمىٰ الرثوية (ص 477).

إذا أخبر الطبيب مريضه أنه يشكو من التهاب مفصل أو رثية فلن يستطيع هذا المريض أن يفهم الفرق بين الحالتين، وكل ما يستطيعه هو أن يطلب إيضاحات أكثر حول حالته.

يعتقد العديد من الناس أن حالة التهاب المفصل أخف من حالة الرثية، وعليه فإن التهاب المفصل يظهر ويختفي، وغالباً ما يسببه الطقس الرطب أو النشاط العنيف ولكن من الممكن تحمله. لذلك يعتقد المصابون بالتهاب المفصل، أن كل ما يحتاجونه لشفاء آلامهم هو حمام ساخن وأقراص من الأسبرين. من جهة أخرى، ينظر الناس إلى الرثية على أنها حالة أشد من الحالة الأولى وربما تؤدي إلى الإعاقة أو إلى حدوث اضطرابات مزمنة تستلزم استعمال المسكنات، وغيرها، بشكل متكرر.

وفي النهاية، نكرر أنه في الحقيقة لا يمكن التمييز بين الحالتين ببساطة.

التهاب المفصل الخمجي (Infectious arthritis)

التهاب المفصل الخمجي مرض نادر جداً يصيب مفصل واحد عادةً، ويسببه مهاجمة الجراثيم للمفصل، التي تصله عن طريق جرح مجاور، أو ربما تصله مباشرة عبر مجرى الدم الذي يحملها معه من إصابة بعيدة، فتتوضع فيه وتتكاثر وتسبب خمجاً واحمراراً وألماً وتورماً، وبالتالي يتراكم القيح في المفصل، كما ترتفع الحرارة إلى حوالي (40) درجة مئوية.

يسبب الكثير من الأمراض غير الجرثومية، بما في ذلك الحمى الرثوية والحصبة الألمانية والنكاف وجدري الماء، تورماً وألماً في المفاصل، لكن هذه الأعراض الرثوية تختفي عند شفاء المرض المسبب، وهي ليست نفس أعراض الالتهاب المفصلي الجرثومي الخمجي.

العلاج: عند الإصابة بالتهاب المفصل الخمجي يجب مراجعة الطبيب، دون تأخير، لأن إهمال العلاج سيؤدي إلى تيبس المفصل بحيث يصبح غير قادر على تأدية وظيفته الطبيعية. وتتم المعالجة باستعمال المضادات الحيوية بشكل حبوب أو حقن مباشرة في المفصل، أو كلا الإجرائين معاً، وفي بعض الحالات، قد يتوجب فتح المفصل جراحياً وتجفيفه، وبعد الشفاء، يجب ممارسة بعض التمارين الخاصة حتى لا يتيبس المفصل بشكل دائم.

التهاب الفقار القَسَطي المشوه (Ankylosing spondylitis)

التهاب الفقار هو التهاب (Inflammation) مجهول السبب يصيب المفاصل التي تربط فقرات العمود الفقري ببعضها. وفي حالة التهاب الفقار القَسَطي المشوه يتراجع الالتهاب تاركاً وراءه مفاصل قاسية متصلبة تدمج بشكل فعال العظام المنفصلة للعمود الفقري ببعضها (تلتصق الفقرات ببعضها).

إن أول مفاصل تصاب بهذا الداء هي المفاصل العجزية الحرقفية التي تربط قاعدة العمود الفقري بالحوض أو (عظم الورك)، حيث تنمو عدة عظيمات صغيرة، تقوم بدمج العظام المنفصلة طبيعياً ببعضها البعض، ثم يصعد التيبس الناتج ببطء نحو أعلى العمود الفقري إلى أن يصيب مجموعة من المفاصل أو كل المفاصل التي بين الفقرات.

الأعراض: يبدأ التهاب الفقار القَسَطي المشوه، عادة، بألم في القسم الأسفل من الظهر ينتشر إلى الأليتين ثم يزداد سوءاً، ويحدث تيبس واضح عند الصباح، وربما شعر المصاب أيضاً بأوراك متيبسة ومؤلمة وأصبح عنده شعور عام بتيبس العمود الفقري.

والأعراض الأخرى الممكنة هي، آلام صدر غامضة والإحساس بألم عند لمس عقب القدم، والشعور بالضعف بشكل عام مع فقدان الطاقة والوزن والشهية للطعام، بالإضافة إلى وجود ارتفاع حرارة خفيف، ولأسباب غير واضحة تحمر العينان وتؤلمان.

المضاعفات: يصيب هذا المرض، عادةً، الرجال أكثر من النساء، وهو أكثر حدوثاً عند الأشخاص ما بين (20 ـ 40) سنة من العمر. كما يلاحظ أنه يتكرر حدوثه نوعاً ما في بعض العائلات. يصيب هذا المرض غالباً الجزء السفلي من العمود الفقري، ولكن قد يصيب كامل العمود الفقري مما يؤدي إلى انحناء الرأس بشكل دائم على الصدر. كما تصاب الأضلاع أيضاً في منطقة اتصالها مع العمود الفقري، وهذا يخفض من القدرة على التنفس بسهولة بسبب انقباض الرئتين، وهي حالة خطرة. كما قد يصاب مفصل الفك السفلي بالتيبس مما يسبب صعوبة في الكلام ومضغ الطعام.

العلاج: عند مراجعة الطبيب، فإنه سيفحص حركات الظهر وتوسع الصدر، كما سيطلب صور أشعة للظهر ومنطقة الحوض، وإجراء عدة فحوصات للدم، فإذا ثبتت له الإصابة بهذا المرض، يجب تطبيق تعليمات العلاجين الذاتي والاختصاصي الواردين لاحقاً.

العلاج الذاتي: إن التمارين الرياضية اليومية التي يحددها الطبيب أو المعالج الفيزيائي هامة جداً، وللسباحة نفع خاص، ويجب التنفس بعمق، والنوم على فراش متماسك وعدم استعمال الوسادة، والتعود على النوم على البطن أكثر من الظهر أو الجنب، فإن كل ذلك يساعد على الحفاظ على عضلات الظهر قوية ويمنع العمود الفقري من أن يأخذ الشكل المنحني.

العلاج الاختصاصي: ربما يشير الطبيب بمراجعة معالج فيزيائي لإجراء تمارين خاصة لتحسين الوضع، وسيصف مسكنات للألم ومضادات التهاب. يمكن للعمود الفقري المنحني بشكل سيء جداً أن يتحسن بإجراء جراحي لجعله مستقيماً ويخلص المصاب من الانحناء. ولكن لا يُنصح بذلك إلا في الحالات الشديدة جداً. وإذا كانت إصابة الوركين شديدة أيضاً فيمكن استبدال المفاصل الطبيعية بمفاصل اصطناعية (ص 720).

الوكعات (Bunions)

الوكعة هي تبارز عظمي في الحافة الخارجية للمفصل الواقع عند قاعدة إبهام القدم. تنجم هذه الوكعات عادة عن اضطراب طفيف يعرف باسم الإبهام الأَرْوَح (Hallux valgus). وهي حالة تحدث عندما ينمو الإبهام أو يجبر على وضعٍ بحيث يتراكب مع واحد أو أكثر من بقية الأصابع (الأباخس)، تشاهد عند الأشخاص المصابين بضعف وراثي في مفاصل أصابع القدم.



وضع الإبهام الطبيعي يظهر باللون الغامق

إن الأحذية غير الملائمة، ولا سيما ذات الكعوب العالية جداً والمقدمات المؤنفة، تجعل الحالة تزداد سوءاً. تكون إحدى نتائج التشوه أن القاعدة العظمية للإبهام الملتوي تندفع إلى أبعد من الميحط الطبيعي للقدم مشكلة بارزة هي الوكعة. وعندما تحتك هذه الوكعة بباطن الحذاء فإن الجلدة المغطية لها تتخوشن وتتسمَّك متحولة إلى ثفن (ص 262).

المضاعفات: الوكعات شائعة ولكنها غير مزعجة، وتصيب النساء بمعدل ثلاثة أضعاف ما تصيب الرجال، وتميل للظهور في أفراد العائلة الواحدة.

أحياناً، يسبب الضغط المستمر للحذاء على الوكعة التهاباً جرابياً مؤلماً تحت نقطة الضغط، بالإضافة لذلك فمن المرجح أن يتطور المفصل الموؤف إلى داء المفاصل التنكسي (ص 718) أسرع مما يمكن أن يحدث في الحالة العادية.

العلاج: يجب استشارة الطبيب في حالة الوكعات المزعجة.

العلاج الذاتي: من الضروري انتعال حذاء مريح بشكل دائم، ويترك مسافة لأصابع القدم حتى تكون بوضع مريح. وإذا حدث التهاب في الجراب، يمكن تخفيف الضغط على الوكعة ومنحها الفرصة للشفاء بإجراء ثقب في أعلى حذاء قديم مريح، وانتعاله بهذا الشكل حصراً حتى يزول الالتهاب.

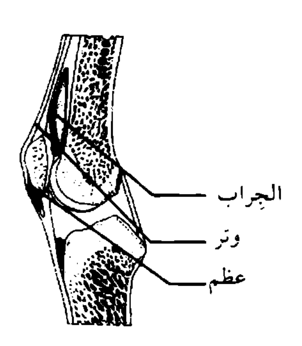
العلاج الاختصاصي: في حالة الإصابة الشديدة، بإبهام أَرْوَح، فقد يُشير الطبيب بإجراء عمل جراحي، ويجب، عادةً، إبقاء القدم المصابة، بعد العملية، في قالب لاصق خاص لمدة شهرين. ونظراً للألم والإزعاج فقد لا ينصح الطبيب بالجراحة إلا إذا كانت الوكعة مسببة إزعاجاً شديداً.

التهاب الجِراب (Bursitis)

الجِراب هو كيس طري مملوء بسائل تزليق يخفف من الاحتكاك بين أنسجة الجسم التي عليها أن تتحرك وتحتك باستمرار مع بعضها البعض. تتواجد هذه الأكياس، عادة، بجانب المفاصل إما بين الجلد والعظام أو بين الأوتار والعظام. فإذا تعرض هذا الكيس للضغط عليه، أو لإصابات أخرى، فإنه يلتهب ويسبب ألماً وتورماً في المنطقة المحيطة به، وإن (ركبة ربة المنزل) هو نوع معروف من التهاب الجراب الذي يحدث حول الرضفة أو قلنسوة الركبة، وأما المفاصل الأخرى المعرضة، بشكل خاص، لهذا الالتهاب فهي المرفقان والعقبان وقاعدة إبهام القدم والكتفان.

العلاج: ليس التهاب الجراب حالة خطيرة، بل تختفي عادة من تلقاء ذاتها خلال أسبوع أو اثنين، خاصة إذا حرص المصاب على عدم الضغط على المنطقة المؤلمة حتى باللمس. أما إذا استمرت الحالة لفترة أطول فيجب استشارة الطبيب، وفي حال تبين له أن هناك كيساً ممتلئاً بسائل، فإنه سوف يسحب هذا السائل بمحقنة، ثم يربط المفصل بإحكام برباط ضاغط، ويصف عقاقير مضادة للالتهاب ومسكناً إذا كان ذلك ضرورياً.

تنتكس حالة التهاب الجراب، عادة، في نفس المنطقة، فإذا عاودت بشكل متكرر فمن الحكمة إزالة الكيس المصاب، ويتم ذلك بإجراء عمل جراحي بسيط، إما بتبنيج موضعي أو عام. أما إذا كانت الجراحة غير عملية، كما في حالة الكيس المؤلم المطمور في النسج المحيطة بالكتف، فيكون العلاج الأفضل هو حقن عقار ستيروئيدي مع مخدر في أشد النقاط إيلاماً.



مفصل الركبة

الكتف المتيبسة (Frozen shoulder)

في حالة الكتف المتيبسة، تصبح الكتف متيبسة ومؤلمة بحيث يكون من المستحيل القيام بأية حركة اعتيادية. تبدأ الحالة، عادة، بإصابة خفيفة أو بمشكلة ثانوية كالتهاب وتر (ص704)، أو التهاب جِراب (الفقرة السابقة) مما يمنع استعمال المفصل، وهذا يؤدي بدوره إلى ازدياد التيبس والألم، يتبع ذلك قلة استعمال أكثر، وهكذا . . . وأخيراً بالكاد يمكن تحريك كامل الذراع، كما يشتد الألم بحيث يؤرق النوم، ويتركز في الكتف نفسها، لكنه غالباً ما ينتشر للذراع والعنق أو لكليهما.

إذا لم تعالج الحالة فإنها تتطور ببطء وتزداد سوءاً على مدى عدة أشهر يتبعها فترات بطيئة من التحسن التدريجي، وبعد ذلك يختفي الألم وتبقى حركة الكتف محدودة.

العلاج: ينصح باستعمال مسكن خفيف كالأسبرين، والاستمرار في تحريك الكتف قدر

الإمكان ريثما يُراجع الطبيب. وبعدما يتأكد هذا من الإصابة يصف عقاقير مضادة لالتهاب المفاصل لتخفيف تقدم الالتهاب، كما سينصح بإجراء بعض التمارين الخاصة، أو سيشير بمراجعة معالج فيزيائي أو مهني مختص، وهذا، بدوره، سيطلب إجراء تمارين مناسبة لحركة الكتف، وقد يجد الطبيب أنه من المناسب أن يحقن عقاراً ستيروئيدياً في مفصل الكتف، وهذا سيزيد من الألم بشكل مؤقت، ولكن سيفيد بشكل عام على المدى الطويل. وفي حال كانت المشكلة شديدة ومستمرة، فقد يلجأ الطبيب إلى تبنيج المنطقة وإجبار الكتف على الحركة إلى أقصى درجة ممكنة. ومع استمرار العلاج والعناية فإن فرص التحسن تصبح جيدة ويمكن تحريك الكتف من جديد بدون ألم.

ـ 7 ـ

أمراض النسيج الضام (Connective tissue diseases)

يشكل النسيج الضام (النسيج الرابط) جزءاً أساسياً من كل أجهزة وأعضاء الجسم، ومركبه الأساسي بروتين يدعى الغراء أو الكولاجين (Collagen) ، ومن خلال التبدلات الالتهابية في الأوعية الدموية وغيرها فإن أمراض النسيج الضام يمكن أن تصيب، في الواقع، جميع أعضاء وأجهزة الجسم، وتكون أعراض تلك الأمراض، غالباً، متشابهة رغم أنها متمايزة سريرياً، وتحدث بنسب متفاوتة؛ إذ بينما تصاب نواحي المفاصل بكثرة، فإن تخرب العظام والغضاريف يحصل بدرجة بسيطة فقط بالقياس إلى بعض أشكال التهاب المفاصل.

أسباب هذا النوع من الأمراض لا زال مجهولاً؛ فعند الإصابة، يبدأ جهاز الدفاع في جسم الإنسان، الذي يدعى «جهاز المناعة» بالعمل على نحو شاذ، وتبدأ الأضداد المتشكلة داخل الجسم بمهاجمة خلايا الجسم ومكوناتها، «في الأحوال الطبيعية يهاجم جهاز المناعة فقط تلك الأشياء الغريبة عن الجسم مثل الجراثيم»، ويخرب النسيج الضام للجسم نفسه، وهذا الأمر يطلق عليه تسمية «اضطرابات المناعة الذاتية».

لا توجد معالجات نوعية معروفة، في الوقت الحاضر لأمراض النسيج الضام، إلا أن الكثير من هذه الأمراض تصبح أقل تخريباً بمرور الوقت «أحياناً سنوات»، كما أن بعض المرضى يبدون تحسناً مدهشاً.

التهاب الشرايين المتعدد العقدي (Polyarteritis nodosa)

في هذا الاضطراب، تلتهب الشرايين الصغيرة والمتوسطة الحجم، وتسبب ضرراً لأعضاء الجسم التي تتوضع فيها، أينما وجدت في الجسم.

الأعراض: تشمل، بشكل عام، الجلد والمفاصل والأعصاب المحيطية والأمعاء و/أو القلب مع ألم في المناطق المصابة.

تؤدي إصابة الرئتين إلى ضيق تنفس، وإصابة الكبد والأمعاء إلى ألم بطني، ويمكن حدوث ضعف وخدران في الأذرع والأرجل، وتؤدي إصابة الكلية إلى وجود دم في البول وتورم الوجه والأطراف أو كليهما، وغالباً ما تترافق هذه الأعراض مع تعب وآلام وارتفاع مستمر في درجة الحرارة وفقدان وزن وضربات قلب سريعة.

المضاعفات: هذا المرض من الأمراض النادرة ولكنه إذا لم يعالج فإنه يؤدي إلى الموت السريع غالباً، بسبب تأذي القلب والكليتين وغيرهما.

العلاج: يعتمد العلاج على استعمال العقاقير الستيروئيدية أو العقاقير السامة للخلايا أو كليهما معاً. فإذا لم يَمُتْ المصاب خلال السنة الأولى فإن لديه فرصة ليعيش عدة سنوات أخرى.

الذَأَب الحُمَامي المجموعي (Systemic lupus erythematosus)

يرمز لهذا المرض عادة بـ (SLE)، وهو التهاب يصيب النسج الضامة في أي جزء من الجسم، ويختلف كثيراً من مريض لآخر من حيث شدته، ومن حيث المناطق التي يصيبها في الجسم، وهو، غالباً، يصيب المفاصل والعضلات والجلد وأوعية الدم والأغشية المحيطة بالرئتين والقلب، ونادراً الكليتين والدماغ.

الأعراض: تختلف ظواهر المرض بشكل كبير بسبب المواقع المتنقلة للالتهاب وتشمل الطفح الجلدي الذي يتفاقم بسبب التعرض لأشعة الشمس، وآلام في المفاصل وألم الصدر الخاص بذات الجنب، أو التهاب التأمور، وقرحات في الأنف والفم والحلق، واضطرابات في السلوك، ونوبات صرع وظاهرة رينو (ص 503)، وفقر دم، واضطرابات نزفية. وفي بعض الأحيان تشبه أعراض المفاصل، في هذا الداء، أعراض التهاب المفاصل الرثياني الباكر (ص 720)، وقد تصاب الكليتان، ونادراً ما يتطور الأمر إلى قصور كلوي (ص 658)، ويعاني المريض من الشعور بالتعب وفقدان الوزن وارتفاع مستمر أو متقطع في درجة الحرارة، وقد تختلط أعراض هذا المرض مع أعراض أمراض أخرى.

المضاعفات: يصيب هذا المرض، غالباً، النساء اليافعات، ويتميز بأنه مرض مزعج، مزمن، يسبب ظهور لطخات جلدية متكررة، وأحياناً تكون شديدة أو حتى مميتة. ولكن معظم المصابين به باستطاعتهم الحياة بشكل طبيعي.

العلاج: يتم تشخيص هذا المرض سريرياً، بالإضافة إلى نتائج فحوصات مختلفة للدم. ومن الضروري إجراء تقييم طبي شامل للحصول على تقدير مناسب لشدة المرض، حيث يمكن إبطاء أو إيقاف تقدم الحالة، عادة، بالعلاج المناسب الذي يتضمن تعديل أسلوب الحياة وإجراء معالجة طبية وإعطاء المصاب أنواعاً مختلفة من العقاقير، كمضادات الالتهاب غير الستيروئيدية، والعقاقير الستيروئيدية، ومضادات التهاب المفاصل، و/ أو كابحات المناعة

(Immunosuppressives) . إن استخراج البلازما من الدم، طريقة تفيد في بعض الحالات عندما تكون الكلية مصابة بشدة.

أخيراً نشير إلى ضرورة لفت نظر الطبيب، أو غيره، إلى إصابتك بهذا المرض، عندما تراجع من أجل أمراض أخرى، وذلك لأن استعمال بعض العقاقير قد يضرك.

الالتهاب العضلي المتعدد والالتهاب الجلدي العضلي
(Polymyositis and dermatomyositis)

الالتهاب العضلي المتعدد هو التهاب يصيب عدة عضلات، خاصة منها عضلات الكتفين والحوض التي تصبح تدريجياً ضعيفة. وإذا ترافقت الحالة بالتهاب جلدي عضلي فسيُلاحظ انتشار شرىً جلدي على الوجه والكتفين والذراعين، والنتوءات الصغيرة كالبراجم. وفي كل الحالات يشعر المصاب، عادة، بالوهن.

إن ثلثي المصابين بالالتهاب العضلي المتعدد والالتهاب الجلدي العضلي هم من النساء، ويتم التشخيص عن طريق فحوصات الدم وتخطيط العضلات كهربائياً (فحوصات ذات ميزات كهربائية للعضلات المؤلمة)، وعن طريق أخذ خزعة صغيرة من العضلة وفحصها نسيجياً.

العلاج: يهدف العلاج إلى إيقاف الالتهاب وتخفيف الأعراض، ويوصف، عادة، جرعات كبيرة، من العقاقير الستيروئيدية، وفي بعض الحالات تعطى أيضاً كابحات المناعة، ويمكن لمعالج فيزيائي أو مختص أن يعلِّم المصاب بعض التمارين لتخفيف الوهن وتقلص العضلات، وأحياناً يختفي المرض من تلقاء ذاته بعد عدة سنوات.

الألم العضلي المتعدد الرثوي (Polymyalgia rheumatica)

هو مرض شائع، نوعاً ما، لدى الأشخاص الذين تخطوا الخمسين من العمر، ويصيب النساء بنسبة ضعف ما يصيب الرجال. يصيب العديد من عضلات الجسم وخاصة عضلات العنق والكتفين والأليتين، فتصبح العضلات المصابة والمفاصل المجاورة لها ضعيفة ومتيبسة، خاصة عند الصباح، وترتفع حرارة المصاب قليلاً ويشعر بضعف عام. وفي بعض الأحيان يحدث التهاب شريان صدغي واضطرابات بصرية تشمل عمى مفاجئ.

لدى مراجعة الطبيب، فإنه سيجري فحوصات دم خاصة، وقد يأخذ خزعة من أحد الشرايين الصدغية، على جانب الرأس. وغالباً، تتم السيطرة على الأعراض بتناول مسكنات ألم عادية ومضادات التهاب كالأسبرين، وفي الحالات الشديدة توصف العقاقير الستيروئيدية، ويكون التحسن كبيراً وتختفي عادة الحالة بشكل طبيعي بعد عدة سنوات.

تصلب الجلد (Scleroderma)

في تصلب الجلد، يلتهب النسيج الرخو في وحَوْل الأوعية الدموية الشعرية (Capillaries)، ويحصل تندب يجعل الأنسجة تنكمش وتصبح قاسية.

الأعراض: يصاب، غالباً، الجلد والأنسجة الواقعة تحته، وفي نفس الوقت تصاب الأوعية الدموية بظاهرة رينو (ص 503)، وكذلك يصاب المريء والرئتان والكليتان وأعضاء أخرى أحياناً، فتصبح باحات من الجلد لامعة ومشدودة بشكل غير مريح. وقد يفقد المريء حركته ومرونته بحيث تحدث صعوبة في البلع، وربما يترافق ذلك مع حمى خفيفة وفقدان وزن وشعور بالتوعك.

المضاعفات: قد يفضي تصلب الجلد إلى ارتفاع التوتر الشرياني، وإلى القصور الكلوي (ص 658) وقصور القلب (ص 460) وقِصر النفس وضعف مفصلي مماثل لذاك الذي يحصل في التهاب المفاصل الرثياني (ص 720).

العلاج: تصلب الجلد مرض نادر، وعند مراجعة الطبيب فإنه يجري فحوصاً دموية وربما استقصاءات لحركة المريء، فإذا تأكد وجود المرض، فإن الكثير من الأعراض يمكن اتقاؤها باستعمال الأدوية، كما يمكن أن تفيد المعالجة الطبيعية والمهنية، ومع ذلك فإن الجلد المشدود والقساوة قد يدومان.

الفصل الثالث عشر

الأخماج والاحتشارات العامة (General Infections and infestations)

ندرس، في هذا الفصل، الأمراض التي تسببها الكائنات الحية التي يمكن التعرف عليها والتي تعيش على جسم الإنسان أو بداخله.

الأخماج أمراض تسببها كائنات حية دقيقة غير مرئية بالعين المجردة، تغزو جسم الإنسان وتتكاثر فيه. بعض الجراثيم (Bacterias) والڤيروسات (Viruses) والمتدثرات (Clamydia) والأوالي (Protozoa) والفطور (Fungi) تسبب الأخماج، بشكل عام. وعندما تهاجم هذه الكائنات الحية جسم الإنسان، فإنه يستنفر ضدها دفاعاته الطبيعية فإذا لم تتمكن هذه الدفاعات من السيطرة تماماً على تلك الكائنات المهاجمة، يحدث الخمج.

سنناقش، في هذا الفصل، الأخماج التي لها تأثيرات عامة على جسم الإنسان، وأما الأخماج التي تهاجم أجزاء محددة من الجسم فإننا سنناقشها في الفصول الخاصة بتلك الأجزاء. وسنناقش أيضاً الأخماج المتعلقة بالأطفال، في بحث خاص (ص 929).

والاحتشارات أمراض تسببها طفيليات، تتطفل على جسم الإنسان، وهي كائنات حية أكبر حجماً من تلك التي تسبب الأخماج العامة، وتختلف أيضاً عنها من حيث أن جسم الإنسان لا يملك الوسائل الطبيعية الفعالة لمحاربتها، وسندرس، في هذا الفصل، أيضاً، لدغات بعض الحشرات الشائعة.

إن الكثير من الكائنات المسؤولة عن الأخماج والاحتشارات، بشكل عام، معدية، أي أنها تنتشر بين الناس في المحيط الضيق، خاصة عندما تنعدم الوسائل الصحية وتكون وسائِل الوقاية غير متوفرة.

يسبب الأخماج عاملان أساسيان هما الڤيروسات والجراثيم:

ـ **الڤيروسات (الحمات)** (Viruses) : هي أصغر الكائنات الحية المسببة للأخماج، لها أشكال مختلفة اختلافات واسعة جداً، بل هي قد تغير من شكلها بشكل دائم، وتغزو خلايا جسم الإنسان. ولا يمكن السيطرة عليها بالمضادات الحيوية (Antibiotics) .

ـ **الجراثيم** (Bacterias) : يختلف شكل الجراثيم أيضاً ويتباين كثيراً جداً، وبالرغم من أنها أكبر، عدة مرات، من الڤيروسات إلا أنها أصغر بكثير من خلايا الجسم. تعيش الجراثيم

عملياً في أي مكان، والكثير منها غير ضار، ومنها ما هو نافع، وحيث أنه من الممكن السيطرة عليها بالمضادات الحيوية فقد أصبح الكثير من الأمراض التي تسببها غير شائع الآن، ومن السهل معالجتها والسيطرة عليها.

ـ 1 ـ
الأخماج (Infections)

تنتقل الكائنات الحية التي تسبب الأمراض للإنسان من الشخص المريض إلى الشخص السليم بعدة طرق. فبعضها ينتقل عبر الهواء بواسطة السعال أو العطاس، وبعضها ينتقل باللمس المباشر، كما يصيب بعضها الناس الذين يتعاملون مع الحيوانات والمنتجات الحيوانية وغير ذلك.

إذا أصيب الشخص بمرض خمجي، فعليه أن يتخذ الاحتياطات اللازمة كي لا ينقل هذا المرض إلى من هم حوله، علماً أن المصافحة والعُطاس أو السُعال تنقل بعض الأمراض، لذلك ومنعاً لانتشار المرض إلى الآخرين عليه أن يطبق مبدأ الوقاية بدقة، فلا يدع أحداً يأكل من طعامه أو يستعمل حاجياته، كما عليه أن يستعمل دائماً مناديل ورقية لتنظيف الأنف والفم ثم يرميها، إضافة لغسل اليدين دائماً خاصة بعد الخروج من المرحاض وقبل تناول الطعام وبعده.

أما إذا أصيب المرء بمرض ينتقل بالممارسات الجنسية مثلاً (ص 815) فمن المهم أن يمتنع عن ممارسة الجنس من اللحظة التي يشك فيها أنه مصاب، وحتى يخبره الطبيب أنه شفي تماماً.

عندما تدخل العوامل الخامجة إلى جسم الإنسان، فإنها تستغرق وقتاً حتى تتكاثر وتبدأ أعراض الإصابة بالظهور بشكل صريح، هذه الفترة الممتدة من لحظة دخول العوامل الخامجة إلى الجسم ولحين ظهور الأعراض، تدعى «فترة الحضانة»، وتتراوح من عدة أيام إلى عدة شهور حسب نوع المرض.

تدخل العوامل الخامجة إلى جسم الإنسان وتغزو أنسجته، فتقوم آليات الجسم الطبيعية، بالدفاع عنه، حيث تبدأ خلايا الدم البيضاء بمهاجمة الكائنات الحية الغازية إما عن طريق الإطباق عليها وابتلاعها، أو عن طريق إنتاج أضداد لها (Antibodies) لنزع سلاحها أو تدميرها. إن هذه المعركة بين دفاعات الجسم الطبيعية والكائنات الحية المهاجمة تسبب بعض أعراض المرض.

يمكن استعمال التحصين (ص 936) والمضادات الحيوية ومضادات الفطور لمساعدة دفاعات الجسم الطبيعية، ولكن نذكّر أن تلك المضادات لا تجدي نفعاً مع الفيروسات، لذلك فإنها لا تستعمل لعلاج الأمراض الفيروسية كالأنفلونزا وداء كثرة الوحيدات الخمجي.

الأنفلونزا (Influenza)

الأنفلونزا (النزلة الوافدة) مرض يسببه ڤيروس ينتقل من الشخص المصاب إلى الشخص السليم بواسطة الرذاذ المتطاير أثناء السُعال والعُطاس، فتدخل إلى الجزء العلوي من الطرق التنفسية عبر الأنف والفم، وقد تغزو أيضاً كامل جهاز التنفس بما في ذلك الرئتين. حيث تبدأ أعراض المرض بالظهور بعد فترة حضانة مدتها من يوم واحد إلى أربعة أيام.

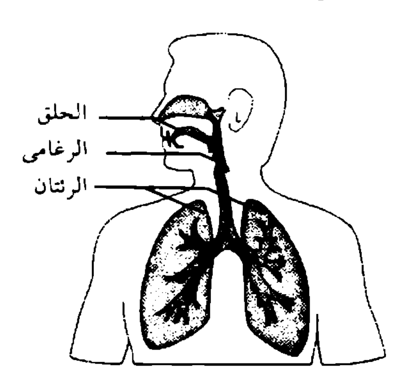
والأنفلونزا مرض يأتي بشكل وباء، فيصيب عدداً كبيراً من الأشخاص ضمن المجتمع الواحد، وأفضل وقت لحدوث تلك الجوائح هو فصل الشتاء ومطلع فصل الربيع.

الأعراض: من أعراض المرض المبكرة، حدوث القشعريرات وارتفاع الحرارة إلى (40) درجة مئوية والعُطاس والصُداع والآلام العضلية والتهاب الحلق، ثم تبدأ نوبات سُعال جاف تشنجي وآلام صدرية، وفيما بعد يصاب المرء بسيلان أنفي ويقذف مع السُعال قشعاً مخاطياً. تدوم الحمى (ارتفاع الحرارة)، عادة، من ثلاثة إلى خمسة أيام ترجع بعدها إلى الحدود الطبيعية في حين يستمر شعور المريض بالوهن والإعياء لبضعة أيام أخرى. فإذا سارت الأمور بشكل سليم ولم تحدث مضاعفات فإن المريض يشفى في غضون أسبوع واحد إلى أسبوعين.

المضاعفات: تحدث أوبئة الأنفلونزا دون إنذار أو قانون ينظم حدوثها، فهي قد لا تصيب الشخص لمدة خمس أو ست سنوات، وقد يحدث وباءان أو ثلاثة عند نفس الجماعة في سنة واحدة، فإن كان الوباء شديد الانتشار فإن معظم الأشخاص، في المنطقة الموبوءة، سيصابون بهجمة واحدة على الأقل.

للڤيروسات التي تسبب مرض الأنفلونزا سلالات عديدة، وهي أيضاً تنتج سلالات جديدة باستمرار، فإذا أصيب شخص بڤيروس معين فإنه يصبح منيعاً على نفس السلالة لفترة زمنية محدودة، لكنه لا يكون منيعاً على السلالات الأخرى المشابهة، أو السلالات الجديدة الناشئة، ويطلق غالباً على السلالات الجديدة من الڤيروسات أسماءً تتوافق مع مكان نشوئها المفترض (كأن نقول أنفلونزا هونغ كونغ، ثم نقول في السنة التالية الأنفلونزا المكسيكية).

من أهم أخطار الأنفلونزا إمكانية انتشار خمج جرثومي مرافق لها بدءاً من الطرق التنفسية العلوية نزولاً إلى الرئتين، وإحداث التهاب قصبات حاد، أو ذات رئة، لكن مثل هذه المضاعفات نادرة



انتشار الزكام: يصيب الزكام الأنف أو الفم ويخمج الأنف والحنجرة. ومن ثم ينتشر للأسفل نحو الرغامى والرئتين، كما يمكن أن ينتشر إلى كامل الجسم عبر الدورة الدموية.

ويرجح حدوثها عادة عند الأطفال الصغار جداً، أو عند المسنين، أو عند المدنفين ومفرطي التدخين، أو عند الأشخاص المصابين باضطرابات صدرية أخرى.

العلاج: لا بد أن تأخذ الأنفلونزا خط سيرها المعتاد لحين حدوث الشفاء (أي لا يوجد علاج نوعي لها)، ولكن بالإمكان تخفيف الأعراض والمضاعفات في الحالات العادية. أما إذا كان المصاب من الذين هم أكثر عرضة لحدوث المضاعفات، أو إذا كان هو الشخص الوحيد الذي أصيب بالمرض في مجموعته، فحينها يتطرق الشك لاحتمال أن تكون الإصابة مرضاً آخر غير الأنفلونزا، وفي مثل هاتين الحالتين لا بد من استشارة الطبيب المختص.

العلاج الذاتي: ينصح المصاب بالأنفلونزا أن يلزم سريره ويخلد إلى الراحة التامة بمجرد بدء ظهور الأعراض وحتى عودة درجة الحرارة إلى وضعها الطبيعي، كما يمكنه تناول خافضات الحرارة، كالأسبرين أو ما شابهه من بدائل، وشرب كميات كبيرة من السوائل وعصير الفواكه بمقدار ما يستطيع. وربما يشعر بالوهن والاكتئاب لمدة أسبوع آخر بعد انخفاض الحرارة، وفي كل الأحوال ينصح بالراحة التامة لأطول مدة ممكنة ولحين حدوث الشفاء التام. أما إذا استمرت الحمى لأكثر من ثلاثة إلى أربعة أيام وأصبح المريض مصاباً بزلة تنفسية أثناء الراحة فيجب استشارة الطبيب فورا.

العلاج الاختصاصي: لا يوجد علاج نوعي للأنفلونزا، ونذكِّر بأن المضادات الحيوية غير فعالة تجاه الڤيروسات المسببة لهذا المرض. أما إذا حدثت مضاعفة جرثومية وتطورت الإصابة إلى ذات رئة جرثومية فإن استعمال المضادات الحيوية يصبح ضرورياً. ويرى بعض الأطباء ضرورة استعمال المضادات الحيوية درءاً لخطر حدوث مضاعفات خطرة، خاصة عند الأشخاص المصابين بأمراض رئوية مزمنة وعند المسنين والمنهكين، على سبيل المثال.

أما لقاح الأنفلونزا فهو يحمي نسبياً لمدة فصل شتاء واحد، لأن الڤيروس يغير من طبيعته في كل عام، ولهذا السبب يتوجب أن يكون اللقاح المستعمل حديثاً ليكون فعالاً، ومع ذلك فلا ضمانة لفعالية اللقاح ضد سلالات أخرى غير تلك التي يكون اللقاح فعالاً تجاهها.

أمراض الرئتين الفطرية (Fungal diseases of the lungs)

هناك عدة أمراض تسببها أنواع مختلفة من الفطور (Fungus)، أو العفن (Mold) وتؤثر بشكل رئيسي على الرئتين، منها الفطار البرعمي (Blastomycosis)، والفطار الكرواني (Coccidioidomycosis)، وداء المُسْتَخفيات، وداء النوسجات، وكلها تسببها أنواع مختلفة من الفطور تنتج الأبواغ، التي يحملها الهواء فتدخل إلى الرئتين مع هواء التنفس.

تختلف أنواع الفطور باختلاف البيئة، فمثلاً توجد فطور المستخفيات في مخلفات الدجاج والحمام، بينما تعيش فطور الفطار الكرواني في التربة الصحراوية شبه القاحلة.

تختفي الأمراض الفطرية غالباً بدون علاج، ولكن قد تنتشر عبر مجرى الدم إلى جميع أنسجة الجسم وتسبب مضاعفات خطيرة.

الأعراض: تبدأ أعراض المرض وكأنه إصابة بالأنفلونزا، لكن تختلف هذه الأعراض بحيث قد تتضمن ارتفاعاً في درجة الحرارة، سُعالاً، ألماً في الصدر، وآلاماً في العضلات. أما في داء المستخفيات فقد لا يوجد أعراض، أو ربما يحصل فقدان في الوزن وتعرق ليلي وضيق تنفس بالإضافة للأعراض المعتادة للأنفلونزا. وفي الفطار الكرواني يُصاب بعض الناس بطفح جلدي أحمر شبيه بطفح الحصبة. ويسبب الفطار البرعمي أحياناً آفات جلدية ثؤلولية غير مؤلمة ويؤدي إلى التهاب البروستات (Prostate) عند الرجال (ص 760).

المضاعفات: على الرغم من أن معظم المرضى المصابين بهذه الاضطرابات يتحسنون خلال بضعة أسابيع بدون علاج، لكن في بعض الحالات ينتشر العامل الممرض، عبر مجرى الدم، إلى أجزاء أخرى من الجسم. والمرضى المصابون بالداء السكري والتهاب رئوي مزمن، أو المصابون بأمراض الدم أو أمراض الكلى، أو بالسرطان معرضون للمضاعفات بشكل خاص، والنساء الحوامل أيضاً معرضات للخطر بشكل خاص من الفطار الكرواني، وكذلك اليافعون والمسنون أيضاً معرضون لأعراض مضاعفات حادة، كما يمكن أن يؤدي الفطار الكرواني والفطار البرعمي لمرض رئوي مزمن في بعض الأحيان.

إذا انتشر مرض الرئة الفطري يكون التهاب السحايا (ص 296) أحد مضاعفاته وهو التهاب أحد الأغشية المحيطة بالدماغ، وتتضمن أعراض هذه الحالة الخطيرة، صُداعاً وارتباكاً وتخليطاً ذهنياً وفقدان النشاط.

العلاج: إذا حدثت أعراض تشبه أعراض الأنفلونزا، عند شخص ما، ولم تتحسن خلال أسبوعين، عليه مراجعة الطبيب، وخاصة إذا كان مصاباً بمرض مزمن أو بالسرطان، أو إذا كانتِ امرأة حبلى، أو إذا كان المصاب صغيراً جداً، والطبيب سيأخذ عينة من البلغم الذي ينفثه مع السعال، أو السائل الشوكي، أو البول، أو بعض سوائل الجسم الأخرى لفحصها والتأكد من وجود علامات لأخماج فطرية. فإذا تأكد من وجودها، وإذا كانت الأعراض حادة، أو كان المصاب معرضاً بشكل خاص، لانتشار المرض، فسيصف له علاجاً مضاداً للفطور (يمكن إعطاء هذا العلاج عن طريق الوريد) حيث يتم الشفاء عادة خلال بضعة أسابيع.

داء الشعريات المبوغة (Sporotrichosis)

داء الشعريات المبوغة مرض جلدي يسببه فطر يعيش في التربة والنباتات المتحللة. وعندما يصدر أبواغه (التي تسبب المرض) فإن الهواء يحملها فتتساقط على أشواك الورود وقطع الخشب القديمة المتعفنة، ومنها تنتقل إلى الإنسان، لذلك يصاب بهذا الداء عادة المزارعون والبستانيون والأطفال.

يبدأ المرض، عادةً، عندما يخترق جلد الإنسان شوكة ملوثة أو خشبة شئزة ملوثة بالأبواغ، وهكذا تدخل الأبواغ عبر الجرح الحادث إلى الجسم. ثم، بعد فترة أسبوعين تقريباً، تظهر نامية على شكل ثؤلول أو قشة متقشرة، وتكون القرحة غير مؤلمة ولكنها لا تبرأ، ثم ينتشر الخمج إلى العقد اللمفاوية التي فوقها مباشرة، وتصاب المنطقة الملتهبة بقرحة كبيرة مع سلسلة من قرحات أصغر، أو تلتهب العقد اللمفاوية، الموجودة فوقها.

عند مراجعة الطبيب، فإنه قد يأخذ عينة من القيح الموجود في القرحة من أجل فحصه مخبرياً، فإذا تم التشخيص على أن الإصابة هي داء الشعريات المبوغة، فإنه سيصف أدوية خاصة تساعد على الشفاء.

الأخماج بالمكورات العنقودية (Staphylococcal infections)

تعيش جراثيم المكورات العنقودية، عادةً، في الأنف والفم والمستقيم والمنطقة التناسلية من دون أن تسبب أية مشاكل، لكنها عندما تدخل، إلى داخل أنسجة جسم الإنسان، عبر جرح أو أذية ما، فإنها تفرز مواد معينة لتشق طريقها عبر النسج فتتلف وتحلل الخلايا المتواجدة في طريقها، مما يسبب تشكل خراجات ممتلئة قيحاً، في أي مكان على الجسم أو فيه. فإذا كان المصاب يعاني من مرض ما، كمرض الكبد أو التهاب الكلية المزمن أو الداء السكري أو السرطان، فإنه معرض، بشكل خاص، للإصابة بأخماج حادة بالمكورات العنقودية.

أخماج الجلد بالمكورات العنقودية:

العديد من أخماج الجلد الشائعة، نوعاً ما، تسببها جرثومة المكورة العنقودية، مثال ذلك الدمامل (ص 259) والقوباء (ص 268) والتهاب النسيج الخلوي (ص 269) والداحس (ص 282).

التهاب الجريبات: هذا الخمج بالمكورة العنقودية هو نسخة مصغَّرة عن الدمّل، ويتكون عندما تبرز بثرات صغيرة، لها رؤوس بيضاء حول جريبات الأشعار في أي مكان على الجسم. ويمكن للاحتكاك أو انسداد الجريب، أو الأذيات (من الحلاقة مثلاً) أن تسبب طفحاً جلدياً.

متلازمة الجلد السَمِط العنقودي: يحدث هذا الخمج فقط عند الرضع وصغار الأطفال، ويسببه نوع من المكورات العنقودية يُنتج مادةً تُقَشِّر الطبقة السطحية من الجلد، بحيث تتشكل حويصلات صغيرة ممتلئة بسائل تحت طبقة الجلد السطحية وتزيحها فتجعلها تتقشر.

مضاعفات الجروح: إن أي جرح جلدي، سواء حدث بسبب أذية ما أو بسبب عمل جراحي، يمكن أن يسبب مضاعفات خمجية بالمكورات العنقودية وتكون الأعراض عبارة عن تشكل قيح وألم واحمرار وسخونة.

أخماج أخرى بالمكورات العنقودية:

يمكن لجراثيم المكورات العنقودية أن تصيب أي جزء من الجسم. فقد تُسبب الجُدجُد في الجفن (ص 364) وبعض أنواع التهاب الملتحمة (ص 369) والتهاب الهلل الحجاجي (ص 383)، أو قد تسبب خراجاً في الثدي (ص 781) خاصة عند المرضعات.

تتشكل خراجات المكورة العنقودية في العظام والمفاصل نتيجة أخماج الدم الجرثومية، لأن الدم يحمل تلك المكورات ويدور بها في جميع أنحاء الجسم، وهي تميل للإقامة في العظام الطويلة في الذراعين والرجلين، أو في الفقرات.

وعبر الدم قد تصل المكورات العنقودية إلى الرئتين، محدثة ذات الرئة (ص 427)، أو تصل إلى القلب مشكلة خراجاً على أحد صمامات الجانب الأيمن منه، وإذا أصابت البطانة الداخلية للقلب يحدث التهاب الشغاف (ص 478)، ويسبب هذا الاضطراب ضرراً للقلب لا يشفى أبداً، قد يؤدي إلى الموت.

إذا سقطت المكورات العنقودية على طعام وأفسدته، وأنتجت سماً (ذيفاناً) فيه، فإن ذلك سيؤدي إلى تسمم الأشخاص الذين يتناولون من ذلك الطعام (ص 581).

تسبب المكورات العنقودية أيضاً خمجاً في المعي الغليظ إذا تم تناول مضادات حيوية لفترة طويلة، وذلك لأنها تقتل أنواعاً عديدة من الجراثيم المفيدة التي تعيش عادة في السبيل الهضمي، وهذا يسبب خللاً في توازن الكائنات الحية في الأمعاء بحيث تتكاثر المكورات العنقودية وتسبب ألماً بطنياً مع انتفاخ بطني وإسهال مدمى.

إذا كانت جراثيم المكورات العنقودية تدور في الدم، فمن الممكن أن يظهر خمج في الكلية، أو تؤدي إلى تشكل خراجات في نسيج الكلية أو محفظتها.

العلاج: في الحالات الخفيفة من أخماج المكورات العنقودية كالتهاب الجريبات (Folliculitis)، أو تشكل الدمامل مثلاً، يمكن تنظيف المنطقة المصابة بالماء الجاري والصابون، وإزالة سبب الخمج مما يساعد على شفاء الحالة، أمَّا إذا استمرت المشكلة بعد هذا الإجراء، وحدثت أعراض حادة فيجب مراجعة الطبيب، الذي سيصف مضادات حيوية لمكافحة الخمج. وإذا كانت الحالة شديدة جداً ربما يتطلب ذلك الدخول إلى المستشفى كي يتم إعطاء المضادات الحيوية عن طريق التقطير داخل الوريد، وفي بعض الأحيان يجب نزح الخراجات جراحياً، وتنظيف جيوب القيح قبل أن يشفى الخمج تماماً.

داء كثرة الوحيدات الخمجي (Infectious mononucleosis)

يسمي الناس هذا المرض «داء التقبيل» ظناً منهم أنه ينتقل من شخص إلى شخص آخر بواسطة التماس الفموي. ورغم أنه ينتج عن عدوى ڤيروسية، لكن ليس من دليل يوضح طرق

انتقاله، كما أنه ليس مرضاً وبائياً، كالأنفلونزا. فإذا أصيب بهذا الداء شخص فليتذكر أن الفيروس الممرض قد ينتقل، بواسطة الدم، إلى أي عضو من أعضاء الجسم، لذلك فقد يتظاهر هذا المرض بأعراض متنوعة، أهمها، ضخامة العقد اللمفاوية (Swollen lymph nodes) وارتفاع في درجة الحرارة.

الأعراض: تشبه أعراض هذا المرض أعراض الأنفلونزا، التي تشمل الحمى والصُداع والتهاب الحلق وشعور عام بالتوعك والضعف، لذلك قد يختلط التشخيص بين المرضين. وبعد يوم أو يومين، قد يُلاحَظ وجود عقد لمفاوية متضخمة ومؤلمة في الرقبة أو تحت الإبطين أو في المغبنين، بالإضافة للإصابة باليرقان، أو بطفح جلدي مماثل لطفح الحصبة الألمانية، على أن جميع هذه الأعراض تختفي في غضون أسبوعين أو ثلاثة، ورغم ذلك قد يستمر الشعور بالضعف وفقدان النشاط والاكتئاب لمدة أسبوعين آخرين أو أكثر.

المضاعفات: هذا المرض، ليس شائعاً، وإنما تحدث أكثر إصاباته عند الأطفال واليافعين بشكل عام، وهو ليس مرضاً خطيراً، ولكنه يميل للمعاودة، خاصة خلال السنة التالية للإصابة الأولى، وتكون الهمجات المرضية التالية عادة أقل شدة من الهجمة الأولى، وذلك يعني أن الإصابة بهذا المرض لا تكسب المرء مناعة ضد معاودته. وبعدما يتم الشفاء، فإن المرض لا يترك أية آثار لاحقة.

العلاج: إذا أصابت أعراض هذا المرض شخصاً ما، ودامت لأكثر من بضعة أيام، ولا سيما إذا كانت عقده اللمفاوية متضخمة، فعليه استشارة الطبيب، وهو سيقرر ضرورة إجراء فحص مخبري للتأكد من الإصابة بهذا الداء أو نفيها.

العلاج الذاتي: ينصح بالراحة التامة في السرير، وشرب كثير من الماء وعصير الفواكه، وخاصةً أثناء ارتفاع درجة الحرارة، مع تناول الأسبرين، أو بدائله حسبما يصف الطبيب، لتخفيف الألم والانزعاج، علماً أن الراحة ضرورية جداً للشفاء ويجب الاستمرار في أخذ قسط وافر من الراحة لفترة شهر كامل، بعد الشفاء، على أقل تقدير.

العلاج الاختصاصي: من سوء الحظ، أن الفيروسات لا تتأثر بالمضادات الحيوية، لذلك لا يفيد تناولها في شفاء المرض، بل لا بد من أن يأخذ هذا المرض سيرورته المعتادة حتى الشفاء، ويجب تطبيق تعليمات العلاج الذاتي بدقة.

الحلأ النطاقي (Shingles)

الحلأ النطاقي خمج يحدثه ڤيروس، هو نفس الڤيروس الذي يسبب الحماق (ص 931). خلال الإصابة بالحماق، يمكن أن يسلك الڤيروس طريقه إلى جذر أحد الأعصاب في الدماغ، أو في الحبل الشوكي، حيث يبقى ساكناً هناك لسنين عديدة، حتى يستعيد نشاطه، ثم ينتشر، من جديد، في العصب الذي استقر فيه، محدثاً ألماً شديداً واخزاً وحارقاً، وطفحاً على شكل

مجموعة نفطات تظهر على الجلد الذي يقع فوق منطقة العصب المصاب. وليس من المعروف ما هو السبب الذي يعيد نشاط الفيروس على هذا الشكل، بعد تلك المدة الطويلة.

الأعراض: يمكن أن يصيب المرض أي جزء من الجسم، لكنه أكثر شيوعاً على جانب الجسم، ويبدأ بألم حارق شديد يحدث في المنطقة المصابة، ويسبق عادة ظهور النفطات بعدة أيام، ويكون مزعجاً جداً إذا أصاب الوجه وخاصة المنطقة المجاورة للعينين. ولسوء الحظ، لا يتوقف الألم عندما تظهر النفطات، وغالباً ما يستمر لعدة أسابيع بعد اختفائها. ينتشر هذا المرض أكثر ويكون ألمه أشد عنفاً وإزعاجاً عند المتقدمين بالعمر.

تثير النفطات الناتجة عن الإصابة بالحلأ النطاقي حكة مزعجة(أحياناً تكون شديدة)، وتدريجياً تحدث طبقة قشرية، ثم تختفي بعد سبعة أيام، لكنها تترك ندباً كالتي يحدثها الحماق. وإذا أصيب عصب الوجه، بالحلأ النطاقي، فمن الممكن أن يُصاب المرء بشلل وجهي مؤقت، أما إذا تضررت العينان من الإصابة فهناك خطر بأن تتأذى القرنية (راجع تقرحات القرنية ص 368) وفي هذه الحالة قد تصبح مؤلمة جداً.

العلاج: في مراحل الإصابة الأولى، يمكن أن يصف الطبيب دواءً لتسريع الشفاء، وإذا كانت الإصابة في الوجه، فإنه يوضح الطريقة التي يمكن بواسطتها حماية العينين. أما إذا كانت الإصابة واسعة ومنتشرة، فعندها يكون العلاج صعباً ويستغرق وقتاً أطول، وينصح باستعمال المسكنات لتخفيف الألم.

السلّ (التدرّن)[1] (Tuberculosis)

هو مرض بطيء التطور، يمكن أن يؤدي إلى اعتلال الصحة والموت ما لم يعالج، تسببه جرثومة معينة تنتقل عادة من شخص مصاب إلى شخص آخر سليم عن طريق الهواء. وبما أن هذا المرض يصيب الماشية فقد ينتقل أيضاً عن طريق حليب الأبقار المصابة. تهاجم الجراثيم عادة الرئتين، ولكن قد تنتشر، أيضاً إلى أجزاء أخرى من الجسم ولا سيما الدماغ والكليتين والعظام، وتتكاثر في مكان توضعها (في الرئتين أو العظام. . .) مكوِّنة بؤراً التهابية صغيرة، ومن ثم قد تنتشر إلى أقرب عقد لمفاوية.

يدوم الطور الأولي (البدئي) من المرض عدة أشهر عادة، وخلال هذا الطور تقوم الدفاعات الطبيعة للجسم بمقاومة الجراثيم وإبادتها كلها أو معظمها، أو حجزها بواسطة محفظة ليفية يشكلها الجسم حول البؤرة الالتهابية، ومع ذلك، وقبل زوال الهجمة البدئية، فقد تنتقل عدة جراثيم إلى مجرى الدم فيحملها إلى مكان آخر من الجسم حيث يتم حجزها أيضاً،

(1) السل والتدرّن كلاهما يدل على الإصابة بمرض السل، لكن الشائع أن يستعمل تعبير التدرن للدلالة على الإصابة بالسل في أي مكان من الجسم، ويستعمل تعبير السل للدلالة على إصابة الرئة حصراً.

وهكذا يتوقف المرض غالباً عند هذه الحدود. ولكن أحياناً، قد تهجع الجراثيم عند هذا الطور الأول، وتعاود نشاطها مرة آخرى، فيما بعد، عندما تسمح لها الظروف الصحية بذلك، وهذا يحدث، غالباً، بعد فترة هدوء خالية من الأعراض قد تستمر لسنوات طويلة؛ ذلك لأن حجز الجراثيم على تلك الصورة لا يقتلها فعلياً بل يتركها بوضع يمكنها فيه أن تعاود نشاطها إذا أصيب حاملها بضعف أو مرض أو سوء تغذية.

عادة، يطلق على الطور التالي من التدرن اسم الطور الإستهلاكي. يصيب هذا الطور الرئتين غالباً، إذ أنه عندما يتزايد عدد الجراثيم بشكل فعال، تتأذى الرئة بحيث تنخفض قدرة المصاب على التنفس، وبالمثل فإن الجيوب الجرثومية الأخرى الكامنة في مكان آخر من الجسم قد تنشط من جديد. يمكن إيقاف مثل هذه الهجمات الثانوية من التدرن إذا عولجت بشكل فعال، ولكنها قد تترك نسيجاً ندبياً معطوباً.

الأعراض: لا يسبب الطور الأول من التدرن أية أعراض بشكل عام لدرجة أن المرء قد لا يعرف أنه أصيب بالمرض، وقد تسبب مرضاً شبيهاً بالزكام. وعندما يتطور المرض نحو الطور الثاني، فمن المرجح أن يعاني المصاب من حمى خفيفة وتعرق ليلي وفقدان وزن وشعور بالتعب دون سبب ظاهر، وقد تظهر أعراض أخرى متنوعة، ويعتمد ذلك على الأجزاء المصابة من الجسم.

يسبب تدرن الرئتين، وهو النمط الأكثر شيوعاً، سُعالاً جافاً ينتج في النهاية قشعاً مليئاً بالقيح والدم. وقد يظهر أحياناً قِصرَ نفس وألم صدري، وإذا كان أي عضو آخر مصاباً فإن أعراض خمج ذلك العضو ستظهر بالتدريج.

المضاعفات: لقد تراجع مرض السلّ، بشكل عام، في معظم بلدان العالم، خاصة المتقدمة منها، والتي تطبق مبادئ فحص الماشية وبسترة الحليب، ولكن في أحوال نادرة جداً، وعندما يكون شخص ما، ذو مقاومة طبيعية منخفضة انخفاضاً كبيراً، فإن التدرن الأولي ينتشر عنده بسرعة إلى حد قد يكون قاتلاً ما لم تكن المعالجة مبكرة وهذا يحصل اليوم حصراً، تقريباً، لدى صغار السن أو المسنين. كما أن التدرن الثانوي غير المعالج يمكن أن يكون مميتاً أيضاً، إلا أن صحة الشخص المصاب به تتدهور ببطء شديد، عادة، وحتى مع المعالجة الناجحة فإن الأعضاء المصابة قد يتخلف فيها عطب شديد.

العلاج: عند مراجعة الطبيب، وبعد فحص المريض، فإنه قد يأخذ عينات من لعابه لفحصها ويطلب إجراء صورة شعاعية للصدر.

العلاج الذاتي: على المصاب بالتدرن تناول الأدوية التي يصفها الطبيب بانتظام، وأن يأكل طعاماً مغذياً ومتنوعاً، وأن يحصل على راحة كافية، أو تامة في السرير، لأن ذلك يساعد على الشفاء التام.

العلاج الاختصاصي: يشفى التدرن عادة بتناول العقاقير الخاصة والمضادات الحيوية النوعية، ولعدة أشهر دون توقف. وفي حال أصيب عضو ما بخمج شديد فقد تستدعي الحاجة استئصاله جراحياً. بعد المعالجة الناجحة يجب أن يجرى للمريض فحوص دورية لمدة سنتين على الأقل للإطمئنان على أن المرض لن ينشط ثانية.

الكُزاز (Tetanus)

الكُزاز مرض خطير يؤدي إلى الموت في أغلب الأحيان، تسببه جراثيم تعيش في التربة، وتستطيع أن تغزو جسم الإنسان من خلال جرح أو خدش سببه جسم ما تتواجد عليه بعض هذه الجراثيم، هذا الجسم يمكن أن يكون أي شيء(شوكة وردة مثلاً، أو قطعة خشب بالية)، ثم يقوم الذيفان الذي تنتجه هذه الجراثيم بمهاجمة الخلايا العصبية في الحبل الشوكي، الذي يسيطر على نشاط العضلات. وبعد فترة حضانة تمتد من يومين إلى أسبوعين، أو أكثر، تتصلب عضلات الجسم (عضلات العمود الفقري خاصة) وتصاب بتشنجات مؤلمة جداً.

المضاعفات: بما أن التحصين(التلقيح) من هذا المرض أصبح الآن روتينياً (ص 936)، ويُعطى للرضع منذ سنتهم الأولى، كما يتم إعطاء حقن داعمة في كل عشرة سنوات، لذلك أصبح الكزاز مرضاً قليل المشاهدة. ولكن إذا أصيب الشخص فإن نسبة نجاته من الموت لا تتجاوز (60%) من مجموع الحالات، ذلك لأن المصابين يموتون اختناقاً بسبب تشنج عضلات الحلق والصدر.

العلاج: على أي شخص لم يحصن سابقاً أن يبادر إلى فعل ذلك على الفور، كما يجب التأكد أن كل فرد، تحصن سابقاً، قد حصل على حقن داعمة في كل عشر سنوات، ومن المفيد الإحتفاظ بالتواريخ لأن بعض الناس يبدون رد فعل مزعج إذا كرروا أخذ الحقن قبل أوانها. رغم الحصول على التحصين ضد الكزاز يجب عدم إهمال أي جرح مهما كان صغيراً، بل يجب تنظيفه فوراً بالماء الجاري والصابون مع استعمال مطهر، وهذا، على الخصوص، مهم جداً في الجروح التي تحدث أثناء اللعب أو العمل في الحقل وخاصة منها الجروح الثاقبة لأنه يصعب تنظيفها ولأنها تكون بيئة صالحة جداً، بشكل خاص، لنمو وتكاثر الجراثيم.

على أي شخص لم يحصن سابقاً ضد الكزاز، وأصيب بجرح متسخ، أن يراجع الطبيب فوراً، ليحصنه ضد هذا المرض، كما يجب تنظيف الجرح بعد حدوثه، بسرعة، وبشكل تام، لتجنب أي نوع من الأخماج.

عند الإصابة بمرض الكزاز، فعلياً، يجب المباشرة بالعلاج فوراً ودون تأخير، وهذا يتضمن تناول كمية(يحددها الطبيب) من المضادات الحيوية مع حقن مضادات السموم(ترياق)، كما قد يعطى المصاب عقاقير مرخية للعضلات، وأحياناً تقدم له المساعدة ليستطيع أن يتنفس

(بواسطة جهاز تنفس صناعي)، والهدف هو المحافظة على قيام الجسم بوظائفه، لعدة أسابيع وهي المدة التي يستغرقها المرض ليشفى.

الكَلَب (Rabies)

مرض يسببه ڤيروس يصيب الحيوان والإنسان، وهو بشكل عام، ينتقل إلى الإنسان عندما يعضه حيوان مصاب بالمرض، (نذكر من تلك الحيوانات الثعلب والظرب والخفاش والذئب والكلب والقطة وغيرها)، أو يسبب له خدشاً، فيدخل ڤيروس المرض من خلال العضة أو الخدش إلى داخل جسمه، وعندما يصل إلى الجهاز العصبي المركزي يحدث التهاباً في الدماغ يؤدي إلى الموت غالباً.

أول أعراض المرض هو ارتفاع حرارة وإحساس عام بالضعف، كما في أي خمج ڤيروسي آخر، وبعد يومين أو ثلاثة يصبح المصاب عاجزاً عن التفكير ويصاب بتشنجات عضلية قوية في الفم والحلق، تزداد سوءاً لدى رؤية الماء، ويحتمل حدوث الموت خلال بضعة أيام.

تختلف فترة حضانة الكَلَب من عشرة أيام إلى سنتين، ولكنها عادة، تستغرق شهراً إلى ثلاثة أشهر.

العلاج: يتوفر في هذه الأيام تلقيح آمن ومعتمد للكَلَب، لذا، على كل إنسان يتعامل مع حيوانات أليفة أو متوحشة أن يحصن نفسه عن طريق تلقيح نظامي ضد هذا المرض. وإذا تعرض لعض أو خدش من قبل حيوان يشك بأنه مصاب بالكَلَب يجب مراجعة الطبيب فوراً، لأن التأخير يزيد من الخطر، كما يجب أسر الحيوان إن أمكن، والمحافظة على حياته، وذلك لإجراء بعض الفحوصات عليه لتحديد فيما إذا كان مصاباً بالكَلَب أم لا، وفي هذه الأثناء ينصح بإعطاء الشخص المعضوض (أو المخدوش) سلسلة من اللقاحات للمساعدة على منع المرض من التطور.

على من يمتلك حيوانات أليفة أن يحصنها ضد الكَلَب، لحمايتها وحماية الناس والحيوانات الأخرى المتواجدة في نفس المكان، من خطر هذا المرض.

الجدري (Smallpox)

يعتقد أن مرض الجدري قد أصبح من الأمراض التي اختفت عن سطح الكرة الأرضية نتيجة لحملة تلقيح واسعة وناجحة، ولم يعد التلقيح ضرورياً منذ عام 1980م حسبما صرحت به منظمة الصحة العالمية رسمياً قائلة إن المرض قد انقرض (ولكن يبدو أن هناك بعض الإصابات التي ظهرت مجدداً في العالم).

كان المرض، في الماضي، شديد الوطأة ويسبب خمجاً عنيفاً يؤدي غالباً إلى الموت، وقد ترك على جلود الناس الذين أصيبوا به ولم يموتوا ندبات قبيحة مختلفة الشدة، كان سببها طفحاً جلدياً معمماً ظهر على أجسامهم عند الإصابة.

السفر خارج الوطن

على من يخطط للسفر خارج وطنه أن يحصن نفسه بشكل كامل ضد الأمراض التي تحدث في المكان الذي هو متجه إليه. فمعظم بلدان العالم الثالث والبلدان الاستوائية ليس لديها أنظمة صحية شاملة وفعالة، ونتيجة لذلك تنتشر فيها الأمراض المتعلقة بالمياه الملوثة، كالزحار الأميبي (ص 580) الحمى التيفية (ص 580) والتهاب سنجابية الدماغ (ص 299) وغيرها.

قبل السفر، بحوالي ستة أسابيع، تراجع الجهة المسؤولة (ربما السفارة أو الطبيب أو وزارة الصحة) للاستعلام عن التلقيحات الإجبارية التي يجب التحصن بها قبل دخول ذلك البلد وعن احتياطات الوقاية اللازمة.

فمثلاً، في حال التخطيط لزيارة أي بلد تستوطن فيه الملاريا ولو لبضع ساعات، فيجب البدء بعلاج مضاد للملاريا قبل بضعة أيام من الرحلة والاستمرار به لعدة أسابيع بعد العودة.

تتواجد في البلدان الاستوائية حشرات ماصَّة للدم، كالبعوض والذباب، التي بإمكانها نقل الأمراض، كالملاريا ومرض النوم الذي تنقله ذبابة تدعى تسي تسي (Tsetse)، وتنشأ عنه أعراض تتضمن ارتفاع حرارة وصداعاً واختلاجات ووسناً وفقدان وزن، كما قد يؤدي إلى سبات أو موت.

يجب عدم السباحة أو الاستحمام، أو المشي بقدمين عاريتين، في بلد استوائي لأن ذلك يعرض للإصابة بديدان طفيلية مثل دودة المنشقة الدموية (Schistosomes) والديدان الشِصِّية (الأنكلستوما) (Hook worm). تتواجد المنشقة الدموية في المياه العذبة حيث تسبح حرة ويمكن أن تدخل الجسم من خلال الجلد. وفي بعض الحالات تخترق هذه الطفيليات الجلد وتسبب احتشاراً فيه (ص 745)، ولكن في حالات أخرى ينتج عن هذه الإصابة مرض يعرف بداء المنشقات الدموية أو البلهارسيا (Bilharziasis). في هذه الحالة تنتقل الطفيليات من الجلد إلى المثانة والامعاء، ومن هناك تنتشر إلى أجزاء الجسم الأخرى، وتعتمد شدة المرض على عدد الطفيليات التي دخلت الجسم. أما الديدان الشِصيّة فهي تعيش في المناطق الاستوائية وشبه الاستوائية، وخاصة في الأماكن التي لا تطبق فيها قواعد الصحة العامة. تقطن يرقات هذا الطفيلي في التربة لذلك يصاب بهاالشخص عندما يلامس التربة الموبوءة، أو عندما يأكل طعاماً أو يشرب ماءً ملوثين، فتدخل الديدان الشِصيّة إلى مجرى الدم، وتنتقل إلى المعي الدقيق وتتعلق ببطانته وتمتص الدم، لذلك تؤدي الإصابات الشديدة بهذه الديدان إلى فقر دم.

أثناء السفر إلى الخارج يجب أخذ الاحتياطات الصحية اللازمة كغلي الماء والحليب، جيداً، قبل تناولهما. وكبديل يمكن استعمال حبوب تطهير خاصة لمعالجة المياه والسوائل الأخرى، وذلك بوضع حبة في كأس السائل المراد شربه، علماً أن لهذه الحبوب طعماً غير مستحب نوعاً ما، لذلك يمكن إضافة أي مسحوق ذي طعم مقبول، مع العلم أن الشراب الذي يحوي كربونات، مثل الكولا، والمحفوظ في علب أو زجاجات مختومة يكون عادةً آمناً. ويجب تجنب تناول السَلَطة والطعام المعاد تسخينه والمأكولات غير المطبوخة، وعدم أكل الفاكهة دون تقشيرها، وغسل اليدين دائماً قبل تناول الطعام وبعده وعدم استعمال مياه الصنبور لتنظيف الأسنان أو المضمضة.

يجب عدم السير أبداً بقدمين عاريتين، في البلدان الاستوائية، نظراً لاحتمال وجود حيوانات أو زواحف أو حشرات سامة، أو ربما تكون التربة موبوءة بالطفيليات.

أخيراً، نذكر أن من أهم الأمراض التي تصيب المسافرين، ضربة الشمس والتسمم بالطعام، علماً أن هذين المرضين من الممكن الوقاية منهما ببساطة.

الأخماج بالمتدثرات (Chlamydial infections)

المتدثرات نوع من الكائنات الحية المجهرية، وليست جراثيم ولا ڤيروسات ولا فطوراً، ولكنها تشبه الجراثيم من حيث أنه يمكن علاجها بمضادات حيوية خاصة، وهي مسؤولة عن العديد من الأمراض التي تصيب الإنسان.

التراخوما (Trachoma) : هي خمج بالمتدثرات يصيب ملتحمة العين، التي هي النسيج الرطب الذي يبطن الأجفان وبياض المقلتين، علماً أن هذا الالتهاب هو السبب الرئيسي للعمى في كثير من الأحيان.

التهاب الإحليل بالمتدثرات. (Chlamydial urethritis) : تسبب المتدثرات التهاباً في الإحليل لا علاقة له بالمكورات البنية. وتتضمن أعراض هذا النوع من الالتهاب ألماً عند التبويل وإفرازات مخاطية مائية من دون وجود أي قيح، (وهو ما يميز هذا الالتهاب عن الأخماج بالجراثيم). ينتقل هذا المرض بواسطة الاتصال الجنسي، ويسبب للمرأة المصابة به ضرراً في قناتي ڤالوب، مما قد يؤدي إلى العقم.

الحبيبوم اللمفاوي الزهري (Lymphogranuloma venereum) : بعض سلالات المتدثرات تسبب ورماً حبيبياً زهرياً، وهو مرض ينتقل عن طريق الاتصال الجنسي. أول علامة له هي ظهور بثرات صغيرة أو نفطات غير مؤلمة، على القضيب عند الرجل، وعلى الشفرين الخارجيين للمهبل عند المرأة، خلال فترة تمتد من (5 ـ 20) يوماً من بدء الإصابة، وبعد أسبوعين إلى اثني عشر أسبوعاً تتضخم العقد اللمفاوية في المغبن بشكل مؤلم وتتصل ببعضها وتحمر وتنز قيحاً.

في بعض الأحيان، قد يتحسن المرض دون علاج، ولكن تظهر حبات أخرى أو قرحات قبيحة المنظر على الأعضاء التناسلية. وفيما بعد تتضمن المضاعفات حدوث ندبات تسبب تضيقاً في الإحليل أو المهبل أو المستقيم؛ هذه التضيقات هي عبارة عن وصلات صغيرة من النسج تسبب تضيق فتحات الجسم.

الداء البيغائي (Psittacosis) : هو مرض تسببه المتدثرات ويصيب رئات الأشخاص الذين يستنشقون الكائنات الحية الموجودة في الإفرازات الأنفية وريش ومفرغات الطيور المخموجة، خاصة منها طيور الببغاء. ولمنع حدوث الداء الببغائي يجب حجز كل الطيور المستوردة حجزاً صحياً لمدة شهر، ومعالجة كل الطيور من فصيلة الببغاء بالمضادات الحيوية.

سرعان ما ينتشر الخمج بسرعة من الرئتين إلى مجرى الدم ويحدث أعراضاً إما أن تكون خفيفة تشبه أعراض الانفلونزا أو شديدة تشبه أعراض ذات رئة حادة، فترتفع درجة حرارة المصاب إلى (39,4 ـ 40,6) درجة مئوية.

العلاج: عند مراجعة الطبيب، يتم، عادةً، تشخيص الإصابة بالمتدثرات عن طريق

فحص الدم، حيث يتم قياس سويات أضداد معينة، أي تلك المواد التي ينتجها الجسم لمكافحة الخمج. وبعد إجراء التشخيص يصف الطبيب مضادات حيوية تساعد على الشفاء. وفي حالة خمج الإحليل بالمتدثرات، والحبيبوم اللمفاوي الزهري، اللذين ينتقلان عن طريق ممارسة الجنس، يجب معالجة الشريكين الجنسيين معاً كي لا تستمر الإصابة بالانتقال من أحدهما إلى الآخر.

ـ 2 ـ
الاحتشارات (Infestations)

تحصل الاحتشارات (الأخماج التي تسببها الطفيليات) عندما تغزو الطفيليات جسم الإنسان وتعيش عليه أو فيه (كالقُمَّل والدودة الشريطية). الطفيليات التي تعيش على الجلد، فقط، لا تسبب أية أعراض سوى الإزعاج، لكن بعضها، كالقرادة، تسبب أخماجاً لأنها تحمل عوامل ممرضة، وأما تلك التي تعيش في الجسم فتسبب، في بعض الأحيان، أعراضاً غامضة لا يمكن تحديدها بدقة، وبالكاد ملاحظتها، لذلك تبقى غير مكتشفة، فإذا استوطنت مكاناً حيوياً في الجسم وأصبحت كثيرة العدد فإنها تسبب مشاكل خطيرة.

بعض الناس يظنون، مخطئين، أن الاحتشارات لا تحدث إلا للأشخاص الذين لا يعتنون بنظافة أجسامهم، أو للذين نادراً ما ينظفون ملابسهم، وفي الحقيقة، من الممكن أن يصاب أي شخص، ومن أي مستوى اجتماعي، بالقُمَّل والجَرب أو أي طفيلي آخر.

من المستحيل تقريباً التخلص من الطفيليات بدون علاج، لأن الجسم لا يملك دفاعاً طبيعياً كافياً ضدها، ولحسن الحظ فإن العقاقير القاتلة للطفيليات، فعالة جداً.

داء الشَعْرينات (Trichinosis)

هو مرض خطير قد يؤدي إلى الموت، تسببه الدودة الأسطوانية المتطفلة المسماة الشَعْرينة الحلزونية (Trichinella spiralis) ، التي تنتج عن أكل الطعام الفج أو غير المطبوخ جيداً، أو المعالج بشكل سيء، والحاوي على يرقات الديدان الشعرينية، ولحم الخنزير هو أكبر مصدر لهذا الاحتشار، ويعتبر أكل لحم البقر أحد مصادر داء الشعرينات أيضاً.

تختلف شدة الأعراض حسب عدد اليرقات المأكولة، وعادة يحدث إسهال وألم بطني وارتفاع في الحرارة خلال الأيام القليلة بعد أكل اللحم الموبوء، وتصبح العضلات أيضاً مؤلمة وتنتفخ العينان وتحمران، وفيما بعد تصاب الرئتان والجهاز العصبي و/ أو القلب مما يؤدي إلى خروج قشع ملطخ بالدم مع السعال، وشلل أو حتى غيبوبة وقصور في القلب.

العلاج: يجب طبخ اللحم جيداً قبل أكله، أما إذا حدثت الأعراض الموصوفة سابقاً، فيجب استشارة الطبيب فوراً، وهو سيصف دواء يدعى (Thiabendazole) ، ومن الممكن أيضاً

أن يصف العقاقير الستيروئيدية ومضادات الالتهاب لتخفيف الأعراض. ولكن، وبالرغم من المعالجة، فإن المرض يستغرق وقته الكامل، على أن معظم المصابين يشفون تماماً بعد (6 ـ 8) أسابيع من الإصابة، وفي حالات قليلة قد يؤدي المرض إلى الموت.

الملاريا (البُرَداء) (Malaria)

تسبب مرض الملاريا طفيليات دقيقة وحيدة الخلية تدعى المتصوِّرات (Plasmodia) والتي تنتقل من شخص لآخر عن طريق بعوضة الإِنْفيل، (Anopheles mosquito) ولا يوجد ناقل آخر للمرض. لذلك، يمكن للمتصوِّرات أن تدخل مجرى الدم لدى الشخص الملدوغ من هذه البعوضة، التي كانت قد لدغت قبلاً، شخصاً آخر مصاباً بالملاريا. وبعد ما تدخل المتصوِّرات إلى الدم فإنها تتوضع في الكبد وتتكاثر فيه بسرعة كبيرة، حيث أن بعد عدة أيام يصل إلى الدم الآلاف منها، فتبدأ مباشرة بتخريب خلايا الدم الحمراء، والكثير منها يبقى أيضاً في الكبد ويتكاثر ويصدِّر إلى الدم من وقت لآخر أعداداً كبيرة منها، لهذا السبب يصاب الشخص المريض بالملاريا بهجمات متكررة، وتشير كل هجمة منها إلى تحرر أعداد جديدة من المتصوِّرات من الكبد إلى الدم.

النوع الخطير، بشكل خاص، من الملاريا تسببه المتصوِّرات المنجلية (Plasmodium flaciparum)، وهي إحدى فصائل أربع تصيب الإنسان. فإذا أصابت الملاريا المنجلية الشخص فإنها تحرر كل المتصوِّرات الجديدة، من كبده إلى دمه، دفعة واحدة، مما يسبب هجمة واحدة للمرض تكون حادة جداً.

الأعراض: في بادئ الأمر، لا تسبب الملاريا أية أعراض، إنما بعد لدغة البعوضة بحوالي (8 ـ 30) يوماً، حسب نوع المتصوِّرة التي دخلت الجسم، يعاني الملدوغ يوماً كاملاً من الصداع والإرهاق والغثيان ويتبع ذلك ما يدعى «نوبة الحمى الوصفية للملاريا» ويدوم ذلك من (12 ـ 24) ساعة، وتتضمن هذه الأعراض قشعريرة مفاجئة تتبعها مرحلة ارتفاع حرارة مع تنفس سريع، إنما بدون تعرق ومن ثم تنتهي هذه الأعراض بمرحلة التعرق يرافقها انخفاض في الحرارة، على أنه تتكرر، عادة، هذه الهجمات كلما تحررت المتصوِّرات من الكبد إلى مجرى الدم، ويحدث هذا بشكل عام كل يومين إلى ثلاثة أيام.

إذا لم تعالج الملاريا فإن هجمات المرض تستمر لعدة سنوات، وخلال ذلك يشكل الجسم، ببطء، دفاعاته الخاصة به ضد الإصابة وتقل الهجمات على الأغلب. وفي الملاريا المنجلية تدوم شدة النوبة لمدة يومين أو ثلاثة أيام، وتكون حادة ومزعجة جداً، إلا أنها تحدث مرة واحدة ولا تعاود أبداً.

الأطفال المصابون بالملاريا معرضون لارتفاع حرارة طويل الأمد بدون قشعريرة، وقد تؤثر الحمى على دماغهم فتسبب فقد وعي أو اختلاجات (ص 895).

المضاعفات: يعيش بعوض الإنفيل في الجنوب الشرقي والغربي للولايات المتحدة، وينتشر بشكل واسع في البلدان الاستوائية والمدارية. وبما أن المتصوِّرات تقوم بتخريب خلايا الدم الحمراء فإنها ربما تؤدي إلى فقر دم (ص 514). هذا، وتتجمع الخلايا التالفة في الجسم مع بعضها في مجموعات صغيرة تؤدي إلى انسداد الأوعية الدموية الصغيرة، خاصة في الكلية والدماغ، مما يسبب أذاهما، علماً أن المضاعفات الأكثر خطورة تحصل عندما لا تعالج الملاريا المنجلية وتسبب نتيجة ذلك، انسداداً كبيراً في الأوعية الدموية قد يؤدي إلى الموت.

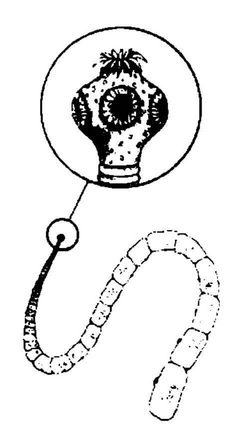
العلاج: ليس من السهل الكشف عن وجود المتصوِّرات في الدم، لذلك ربما يتطلب الأمر فحص الدم في فترات متقطعة.

العلاج الذاتي: من أجل الوقاية من الملاريا، في حال السفر إلى مكان موبوء بها، يمكن تناول دواءٍ مضادٍ لها قبل السفر بعدة أيام والاستمرار على ذلك إلى ما بعد العودة.

العلاج الاختصاصي: يصف الطبيب، في حالة الملاريا، دواءاً مضاداً لها يجب الاستمرار في استعماله لعدة أسابيع بعد الشفاء التام منعاً لنكس المرض.

الدودة الشريطية (Tapeworm)

الديدان الشريطية، (يسميها بعض الناس الدودة الوحيدة)، طفيليات تصيب أحياناً الخنازير والماشية، وتنتقل إلى الإنسان عندما يأكل لحم خنزير أو بقر أو سمك يحتوي على هذا الطفيلي، وغير مطبوخ بشكل كافٍ. عندما تصل الدودة الشريطية إلى المعي الدقيق، فإنها تثبت رأسها في جداره وتبدأ بامتصاص الطعام، ومن ثم تنمو وتكبر حتى يصل طولها إلى عشرة أمتار تقريباً. بين الحين والآخر تنفصل عدة قطع من نهاية هذه الدودة وتطرح خارج الجسم مع الغائط، ويمكن أن تخرج أيضاً بدون أن يكون حاملها في وضعية التغوط، فيجدها المصاب داخل سرواله كأجزاء صغيرة من شريط أبيض. من المعلوم أن هذه الدودة تبقى حية في الأمعاء دون أن تسبب لحاملها ضرراً كبيراً، ولكنها، غالباً، ما تسبب أعراضاً خفية كفقدان وزن بسيط وألم بطني أحياناً وفقدان الشهية للطعام وتخريش أو تهيج حول الشرج وضعف عام.



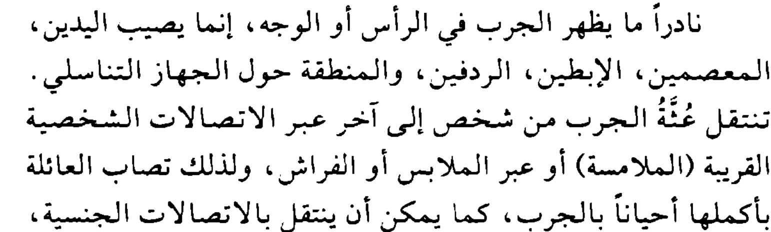
رأس الدودة الشريطية (مكبراً)

العلاج: يمكن الوقاية من الإصابة بالدودة الشريطية بالامتناع عن أكل اللحم نيئاً (كبة نية مثلاً) وبطبخ اللحوم جيداً. وعند الإصابة بها يصف الطبيب دواءً يقتلها داخل الأمعاء، فتطرح خلال عدة أيام، ربما في عدة دفعات، علماً أنه لا يتم الشفاء إلا عندما يخرج رأس الدودة،

أما إذا خرج قسم من جسمها، أو إذا خرج جسمها كله وبقي رأسها حياً داخل الأمعاء فإن الدودة ستنمو من جديد.

الجَرَب (Scabies)

يسبب الجرب عُثَّةٌ (هامة الجرب) تقيم في الجلد وتضع بيوضها فيه مما يُحدث حكة حادة، خاصة أثناء الليل.



هامة الجرب (مكبرة)

نادراً ما يظهر الجرب في الرأس أو الوجه، إنما يصيب اليدين، المعصمين، الإبطين، الردفين، والمنطقة حول الجهاز التناسلي. تنتقل عُثَّةُ الجرب من شخص إلى آخر عبر الاتصالات الشخصية القريبة (الملامسة) أو عبر الملابس أو الفراش، ولذلك تصاب العائلة بأكملها أحياناً بالجرب، كما يمكن أن ينتقل بالاتصالات الجنسية، ويتفشى بشكل سريع بين الفئات المزدحمة التي تعيش في ظروف حياتية غير صحية، مع العلم أنه يمكن أن يُصاب به الأغنياء والفقراء، المعتنون بنظافة أجسامهم والمهملون لها.

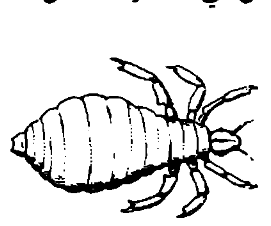
الأعراض: العرض الرئيسي للجرب هو حكة حادة تجبر المصاب به على الهرش الدائم للمناطق المصابة مما يؤدي إلى تشكل التهابات وقرحات في منطقة الحك.

العلاج: على الرغم من حدوث الجرب في حالات اختلال الصحة والنظافة إلا أنه من الممكن أن يصاب به أي شخص في أي زمان وأي مكان، حتى أولئك الذين يعتنون بنظافتهم جيداً. عند الإصابة بالجرب ينصح الطبيب بغسل المناطق المصابة من الجسم بالماء والصابون وتنشيفها جيداً ثم وضع الدواء (الذي وصفه) على كامل الجسم من الرقبة حتى القدمين، ويجب اتباع تعليماته بدقة.

لا يعيش العُثُّ طويلاً إذا نزع عن الجلد، لذلك فإن ملابس المصاب بالجرب، والتي لا يمكن غسلها لسبب ما، سوف تتحرر من التلوث إذا تركت بدون استعمال على الأقل من أربعة إلى خمسة أيام.

القُمَال (Pediculosis)

القمل (Lice) حشرات صغيرة يمكن رؤيتها بالعين المجردة، تعيش في الشعر وتمتص الدم من الجلد. ينتشر هذا النوع من الاحتشار (غالباً) بين أولاد المدارس (راجع قمل العانة ص 819). يمكن رؤية بيوض القمل (الصئبان) بالعين المجردة على شكل حبيبات بيضاء صغيرة ملتصقة على الشعر. يقوم القمل بلدغ الإنسان، فيسيل دمه، وعندها يبدأ بامتصاص الدم، وهذا الأمر يسبب حكة مزعجة للمصاب في المنطقة المصابة.



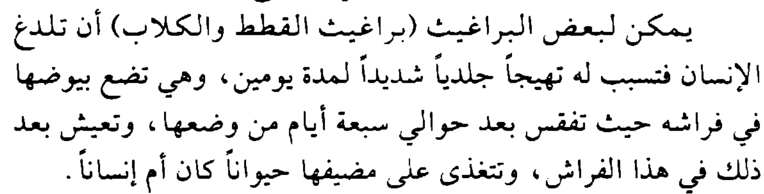
قمل الرأس (مكبرة)

ينتشر القُمال بشكل عام بين الناس الذين يعيشون في ظروف صحية متدنية وفي تجمعات مكتظة، لكنه يمكن أن يصيب أي إنسان مهما كانت درجته الاجتماعية.

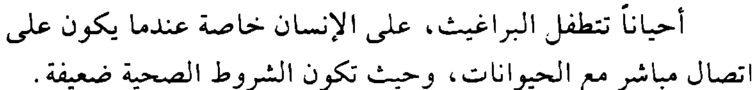
العلاج: عند إصابة تلميذ ما بالقُمال يجب إخبار إدارة مدرسته حيث يتم اتخاذ إجراءات صارمة لمنع انتشاره بشكل أوسع. أما العلاج فقد أصبح ميسوراً، اليوم، حيث يوجد أدوية على شكل شامبو أو كريم أو بخاخ أو غير ذلك يمكن استعمال واحد منها لمكافحة القمل والصئبان معاً، ويجب غلي الملابس جيداً وحرق القبعات التي يمكن أن تكون الصئبان موجودةً فيها.

البراغيث (Fleas)

للبراغيث فصائل عديدة تتطفل كل منها على حيوان مختلف، وهناك نوع يتطفل على جلد الإنسان لكنه لا يعيش عليه طويلاً، وهي تستطيع أن تقفز لمسافات طويلة.

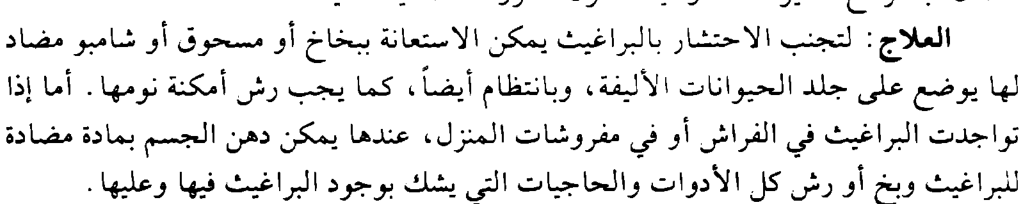


يمكن لبعض البراغيث (براغيث القطط والكلاب) أن تلدغ الإنسان فتسبب له تهيجاً جلدياً شديداً لمدة يومين، وهي تضع بيوضها في فراشه حيث تفقس بعد حوالي سبعة أيام من وضعها، وتعيش بعد ذلك في هذا الفراش، وتتغذى على مضيفها حيواناً كان أم إنساناً.



أحياناً تتطفل البراغيث، على الإنسان خاصة عندما يكون على اتصال مباشر مع الحيوانات، وحيث تكون الشروط الصحية ضعيفة.

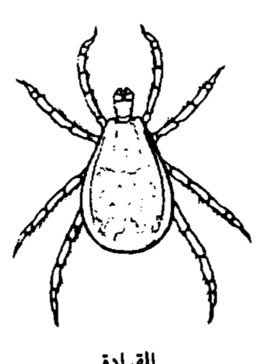
البرغوث



العلاج: لتجنب الاحتشار بالبراغيث يمكن الاستعانة ببخاخ أو مسحوق أو شامبو مضاد لها يوضع على جلد الحيوانات الأليفة، وبانتظام أيضاً، كما يجب رش أمكنة نومها. أما إذا تواجدت البراغيث في الفراش أو في مفروشات المنزل، عندها يمكن دهن الجسم بمادة مضادة للبراغيث وبخ أو رش كل الأدوات والحاجيات التي يشك بوجود البراغيث فيها وعليها.

القراد (Ticks)

القراد طفيليات تتغذى على الدم، ولا تخلو لدغاتها من خطورة محتملة بسبب ما يمكن أن تحمله في جسمها من جراثيم وفيروسات تنقلها للإنسان أثناء تغذيها من دمه.



القرادة

تشمل الأخماج المنقولة بلدغات القرادات، التهاب الدماغ (ص 297). يفرز بعض أنواع القراد سماً أو ذيفاناً يشل أعصاب الأرجل عند مضيفها ثم ينتشر إلى الجذع، وبعد إزالة القرادة عن مكان لدغتها، يخف ذلك الشلل.

تطمر القرادة رأسها في جلد الإنسان ثم تمتص دمه فتنتفخ ويصل حجمها إلى أضعاف حجمها الطبيعي حسب كمية الدم التي امتصتها.

يقسو جلد المصاب بلدغة القراد حول اللدغة وتظهر كتلة صغيرة تحيط بها هالة حمراء تختفي، غالباً، بعد إزالة القرادة.

يعيش القراد، عادةً، في الغابات أو بين الأعشاب الطويلة، فإذا تواجد المرء في مثل هذه الأماكن فليتأكد من عدم تعلق القرادات على جسمه وخاصة في المناطق المكسوة بالشعر وعلى الكاحلين وحول الأعضاء التناسلية، لذلك يمكن البحث عنها في هذه المناطق التي تفضلها، فإذا تمكن المصاب منها يمكنه إزالتها قبل أن تطمر رأسها داخل الجلد، علماً أنه من الضروري إزالة كامل جسم القرادة مع رأسها لأن بقاء أي جزء منها يمكنه أن يُطلق مواد سامةً أو جراثيم أو فيروسات.

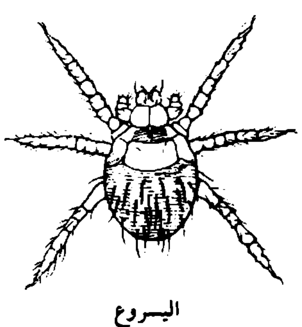
إزالة القرادة التي طمرت رأسها بالجلد:

يستعمل ملقط مناسب (غير قاطع) لمسك القرادة في مكان أقرب ما يكون إلى رأسها وليس من جسمها، ويسحب بثبات وهدوء حتى تخرج القرادة بكاملها، وبعد ذلك يتم التخلص منها دون لمسها، ثم يطهر مكان اللدغة بالكحول الطبي. وفي حال انفصل رأسها وبقي داخل الجلد عندها يمكن للطبيب أن يزيله بشق صغير.

اليساريع (Chiggers)

اليساريع (ورد معناها في المعجم الطبي الموحد، القُذَذ) هي نوع من العث تدعى أحياناً البقة الحمراء (Redbug)، أو عث الحصاد (Harvest mite)، تعيش في الأعشاب والشجيرات والكروم، ومعظم الذين يصابون بها هم مزارعون وصيادون.

يبلغ طول اليرقة غير الناضجة، حوالي (0,3) ملم. عندما تصل إلى جسم الإنسان تختار مكاناً رطباً كالكاحلين أو المغبنين أو خط الحزام، أو حيث تضغط الملابس على الجسم، فتتعلق بأحد جريبات الشعر، أو بمنطقة جلد خالية من الشعر، ومن ثم تفرز أنزيمات تحل الجلد ثم تدخل خرطومها (أنبوب تغذية) وتبدأ بمص الدم، وتستمر في مكانها على ذلك الحال حوالي أربعة أيام ثم تسقط ممتلئة دماً.


اليسروع

يختلف رد فعل الجلد تجاه هذه اللدغات، فقد يكون أرجياً، أو تتشكل كتلة حاكة تشبه بثرة صغيرة حمراء، وفي بعض الأحيان تظهر نفطات أو تورم أو بقع حمراء كبيرة. وعادة، تسبب اللدغة حكة شديدة تجعل من المستحيل تقريباً تجنب التخريش.

يتضمن العلاج الطبي لليساريع استعمال مضاد للهيستامين لتخفيف الحكة ومرهم ستيروئيدي لتخفيف تهيجات الجلد ورد الفعل الأرجي، وأيضاً مضادات حيوية خاصة في حال حدوث أي خمج.

الفصل الرابع عشر

مشاكل خاصة بالرجال (Special problems of men)

تتألف الأعضاء التناسلية الذكرية من خصيتين معلقتين داخل كيس يدعى الصفن، والقضيب، وتتصل، بشكل وثيق جداً، مع أعضاء المجاري البولية بحيث أن أي اضطراب في أحد الجهازين غالباً ما يسبب أعراضاً في الجهاز الآخر.

هاتان الخصيتان هما غدّتان منتجتان للنطاف ولهرمون التستوستيرون (Testosterone) الجنسي الذكري، ويوجد خلف كل خصية أنبوب طويل ملتف بإحكام يدعى البربخ. وتقوم الخصيتان بانتاج النطاف باستمرار، ثم تمر هذه النطاف من الخصية إلى البربخ وتبقى فيه لمدة أسبوعين أو ثلاثة حيث تستكمل نموها هناك، ثم تتابع اندفاعها عبر ممر يدعى الأسهر (القناة المنوية) ومنه إلى حويصل، يدعى الحويصل المنوي، والذي يُفرز السائل المنوي، ويعمل كجهاز تخزين.

أعضاء الذكر التناسلية

عندما تحصل ذروة الجماع بين الرجل والمرأة، فإن الرجل يقذف بسائله المنوي الحاوي على النطاف عبر الإحليل، الذي ينقل كلاً من البول والسائل المنوي، وعندها تغلق عضلات خاصة ممر البول بشكل آلي لتسمح للسائل المنوي بالتدفق، والعكس بالعكس.

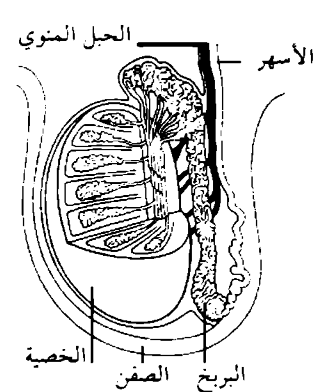
النطاف هي عبارة عن أجسام صغيرة جداً تسبح في السائل المنوي الذي يتألف، بشكل رئيسي من مفرزات عدة غدد، يعمل هذا السائل على تحريك وتنشيط النطاف ويقوم بتغذيتها في رحلتها عبر المجاري التناسلية عند الرجل والمرأة. أكبر تلك الغدد هي غدة البروستات

التي تحيط بالقسم الأعلى من قناة الإحليل في النقطة التي ينفصل فيها عن المثانة، لذلك تؤثر مشاكل البروستات، بشكل خطير، على كل من الجهازين البولي والتناسلي. ويمكن للإحليل الذي هو أكثر طولاً عند الرجل منه عند المرأة، أن يسبب مشاكل كثيرة لأنه محاط، في القضيب، بنسيج إسفنجي كثير الأوردة يجعل الانتصاب ممكناً. وبشكل عام فإن طول الإحليل الذكري يؤمن حاجزاً فعالاً ضد الكائنات الحية الخامجة، ويحول دون مهاجمتها للمجاري البولية والتناسلية، لذلك فإن خمج هذه المجاري نادر عند الرجال، بينما هو شائع عند النساء.

يتم تصنيف اضطرابات الخصيتين والصفن، البربخ، غدة البروستات، المثانة، الإحليل، القضيب، والمستقيم، التي تناقش، في الفقرات التالية، حسب قسم المجرى البولي والجهاز التناسلي.

ـ 1 ـ
الخصيتان والصفن (Testicles and scrotum)

تتشكل الخصيتان داخل بطن الجنين، وتنزلان، عند الولادة عادة، عبر الجدار البطني، إلى موقعهما الخارجي المعروف، حيث تتعلقان داخل جيب جلدي يدعى الصفن (راجع عدم هبوط الخصية ص 922). تتصل كل خصية مع الجسم بواسطة الحبل المنوي الذي يتألف من الأسهر (القناة المنوية) وعدد من الأعصاب وأوعية دموية. تبقى النطاف التي تنتجها كل خصية في البربخ ـ وهو أنبوب ملتف كثيراً يقع خلف الخصية مباشرةً ـ لمدة ثلاثة أسابيع حتى تستكمل نموها، وبعد ذلك تمر إلى الأسهر (القناة المنوية) وتختزن هناك، وإذا لم يتم قذفها فإنها تتلاشى تدريجياً في نهاية الأمر.



سنناقش فيما يلي أهم الاضطرابات التي تصيب الجهاز التناسلي الذكري.

سرطان الخصية (Cancer of the testicle)

قد تصاب الخصية بالسرطان، لكنه من أسهل أنواع السرطانات شفاءً، إذا تم تشخيصه وعلاجه باكراً. أما إذا لم يعالج فإنه ينتشر عبر الجهاز اللمفاوي (ص 536) إلى العقد اللمفاوية في البطن والصدر والعنق وأخيراً إلى الرئتين، ومن غير المحتمل أن ينتشر من خصية إلى أخرى بسبب عدم وجود أي اتصال لمفاوي مباشر بينهما.

الأعراض: من أهمها وجود كتلة في الخصية تنمو ببطء، دون أن يشعر المصاب بها، لفترة من الوقت إلا إذا كان يتفحص خصيتيه بانتظام (راجع الفحص الذاتي للخصيتين لاحقاً).

المضاعفات: سرطان الخصية، عموماً، نادر الحدوث، وأكثر ما يشاهد عند الرجال من سن (18 ـ 40) سنة، وتكون فرص الشفاء ممتازة عند الكشف المبكر عنه والمعالجة المبكرة له.

العلاج: ليس كل تورم في الصفن خطيراً؛ فهناك، غالباً، تورمات صغيرة تحدث في البربخ (راجع كيسات البربخ ص 755) وهذه ليست خطرة على الصحة، كما قد تصاب الخصية ببعض الكتل غير الخطرة، لذلك يجب أخذ خزعة من الورم (أي أخذ عينة صغيرة من النسج المصابة) وفحصها نسيجياً للتأكد من وجود سرطان أم لا. فإذا ثبتت الإصابة بسرطان الخصية، فالعلاج الوحيد هو إزالة الخصية جراحياً. فإذا كانت الإصابة في خصية واحدة، فإن المصاب، بعد العملية الجراحية، سيحتفظ بالخصية الأخرى السليمة على حالها، وهي كافية للإخصاب والإنجاب والزواج. ولا بد بعد العمل الجراحي من إجراء معالجة شعاعية ومعالجة كيميائية واستئصال جراحي للغدد اللمفاوية المجاورة، وذلك للتأكد تماماً من القضاء على أية بقايا أو انتشارات محتملة لخلايا السرطان.

الفحص الذاتي للخصيتين

سرطان الخصية هو واحد من السرطانات الأكثر شيوعاً عند الرجال دون الأربعين سنة من العمر، ولكنه قابل للشفاء إذا تم اكتشافه ومعالجته باكراً، لذلك يجب على جميع الرجال فحص خصيتيهم روتينياً مرة في كل أسبوع (يمكن إجراء ذلك أثناء الاستحمام مثلاً). يتم تحسس سطح كل خصية، برفق، للبحث عن أية كتلة أو تورم محتمل، فإذا وجد فيهما، أو في إحداهما، تورماً سواءً كان مؤلماً أم لا، يجب مراجعة الطبيب دون تأخير.

التواء الخصية (Torsion of the testicle)

في هذا الاضطراب، تلتوي إحدى الخصيتين عن موضعها الطبيعي، حيث أن كل خصية مغلفة بغلافين ليفيين مؤلفين من طبقتين تفصل بينهما كمية قليلة من سائل تزليق مما يسمح لمحتوياتهما بالتحرك. على أنه يجب أن لا يتم الخلط بين هاتين الطبقتين والصفن، الذي هو عبارة عن جيب جلدي رخو تتعلق به الخصيتان. تتصل الخصية بالحبل المنوي بطريقة تمنعها من الالتواء عن مكانها الطبيعي. عند بعض الذكور، يكون الغلافان المذكوران، فضفاضين، لدرجة تسمح بالتواء الخصية. وعندما يحدث التواء شديد فإنه يسبب انفتالاً في أوعية الدم التي تغذي الخصية، وهذا يمنع الدم عن الجريان، منها وإليها، مما يسبب ألماً شديداً جداً، وهي حالة طبية طارئة تستوجب الإسعاف الفوري، مع العلم أنه قد يحدث هذا الالتواء في أي وقت من الأوقات حتى عندما يكون الشخص نائماً.

الأعراض: أهم أعراض التواء الخصية، حدوث ألم مفاجئ في إحدى الخصيتين، ويتورم الصفن ويحمر ويصبح مؤلماً عند اللمس، وقد تختلف درجة الألم من حالة إلى أخرى، ولكنه يمكن أن يكون حاداً جداً لدرجة الشعور بالغثيان والإقياء.

في عدة حالات من التواء الخصية، تعود الخصية إلى وضعها السابق دون أية مداخلة، وعندها، يشعر المصاب، على الفور، بالراحة واختفاء الألم وتلاشي التورم.

المضاعفات: هذا النوع من الالتواء غير شائع، ويحدث غالباً للمراهقين، كما يمكن أن يحدث في أي عمر حتى في سنين الطفولة. إذا لم تَرجع الخصية إلى حالتها الطبيعية تلقائياً، وإذا لم يُراجَع الطبيب على الفور، فإن ذلك سيؤدي إلى تلف دائم في الأجزاء المنتجة للنطاف في الخصية، وهذا يقلل من إمكانية الخصوبة، ولكن تبقى الخصية الأخرى سليمة وتكون كافية للزواج والإخصاب.

العلاج: حتى ولو اختفت الحالة من تلقاء ذاتها، يجب مراجعة الطبيب دون تأخير، حيث أن ألم الأذيات والأخماج، وحتى سرطان الخصية، تشبه، في بعض الأحيان، ألم التواء الخصية، لذلك من المهم أن يكون التشخيص دقيقاً، فإذا ثبت للطبيب أن الخصية ملتوية، فالعلاج يكون بأن يعيدها بيده، برفق، إلى وضعها الطبيعي، مما يخفف الألم. ولكن ربما تعود الخصية للالتواء من جديد، لذلك ينصح بإجراء جراحة فورية «خلال ساعات من بدء الإصابة» على أن يقوم الطبيب بإعادة الخصية إلى وضعها وخياطتها في موقعها الصحيح بحيث لاتعاود المشكلة مرة ثانية، ورغم ذلك فقد يجد الطبيب في بعض الأحيان أنه من الضروري استئصال كامل الخصية المصابة بالالتواء.

أذيات الخصيتين

أية إصابة للخصيتين تسبب عادة ألماً حاداً، ولكن يمكن الافتراض أنه لا يوجد ضرر كبير إذا زال الألم خلال عدة ساعات وكان الصفن غير متورم أو مرضوض. فالألم المتواصل أو الرض أو التورم تشير، كلها، إلى أذية داخلية، وفي مثل هذه الحالة يجب الذهاب إلى الطبيب، أو إلى أقرب مستشفى فوراً (إسعاف)، فإذا لم تعالج المشكلة وكان هناك نزف داخلي، مثلاً، فسيتضرر النسيج السليم للخصية مما قد يستوجب إجراء جراحة فورية لوقف النزف وإزالة أية جلطة محتملة.

التهاب البربخ (Epididymitis)

يلتهب البربخ، عادةً، بسبب خمج أصاب المجاري البولية ثم انتقل إلى (القناة المنوية)، وأول علامة لهذا الالتهاب غالباً هو تورم في البربخ مع وجود سخونة في المنطقة وألم باللمس، وربما يكون الألم شديداً جداً ومتوضعاً في القسم الخلفي لإحدى الخصيتين، يتبع ذلك، بعد بضع ساعات، تورم مؤلم وقساوة في الصفن، وربما تأثرت الخصية ذاتها من هذا الالتهاب.

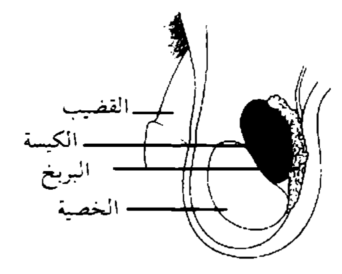
العلاج: لدى مراجعة الطبيب، فإنه يجري فحوصات مخبرية للبول ولإفرازات البروستات لتحديد السبب. وبشكل عام يكون سبب ذلك، عند الشباب، وجود خمج في المجاري البولية من كائنات حية مجهرية خامجة تدعى المتدثرات (Chlamydia). هذا الخمج يشفى باستعمال المضادات الحيوية غالباً. ومن الضروري أيضاً معالجة الزوجة لأن مثل هذا الخمج ينتقل عن طريق الاتصال الجنسي، لذا، حتى يكون العلاج فعالاً، يجب أن يعالج كلا الزوجين في وقت واحد.

إذا كان تورم الصفن مؤلماً فإن الاستراحة في السرير ووضع كمادات باردة على مكان التورم، ورفع المنطقة عن مستوى الجسم يساعد على الشفاء. وفي حالات نادرة، وبشكل خاص الحالات المزمنة أو الحادة، ينصح بإجراء جراحة.

كيسات البربخ (Cysts of the epididymis)

في بعض الحالات، تتشكل كيسات أو حويصلات على الأنابيب الناقلة للنطاف من الخصية إلى البربخ، وتمتلئ بسائل، ويميل حجم هذه الكيسات للازدياد بسبب تراكم النطاف فيها، لكنها لا تسبب ضرراً.

إن كيسات البربخ شائعة جداً، ومعظم الرجال الذين هم فوق الأربعين من العمر مصابون بكيسة أو اثنتين من هذه الكيسات. فإذا تعدّى المرء سن الأربعين فإنه، عند فحصه خصيتيه، قد يلاحظ وجود تورم غير مؤلم في المنطقة العلوية الخلفية من الخصية، أو الخصيتين.



تمتلىء الكيسة بسائل لدرجة ملحوظة دون أن تسبب أي إزعاج.

في حالات نادرة، تشبه هذه الكيسات أورام البربخ، لكن حالة الكيسات هذه، هي حالة سليمة وغير مهددة للحياة، وإذا تم استئصالها جراحياً وتبين أنها غير سرطانية، فلا داعي لأي علاج آخر، ولكن تجب مراقبة الحالة دائماً بمنتهى الدقة. في بعض الأحيان تنمو كيسات البربخ بشكل كبير وتسبب درجات مختلفة من الإزعاج. ففي حال حدوث ذلك يجب حينئذ استئصال تلك الكيسات جراحياً، مع العلم أن ذلك يؤدي إلى العقم في الخصية الموافقة ولكن الخصية الأخرى تبقى صالحة وكافية للزواج والإنجاب.

الأُدْرَة (Hydrocele)

ذكرنا سابقاً أن الغلاف الطبيعي حول كل خصية يتألف من طبقتين، وأنه يحوي سائلاً لزجاً يكفي فقط للتزليق بشكل جيد، لكن في بعض الأحيان، يحدث فرط انتاج لهذا السائل

مما يؤدي إلى تشكل تورم رخو، غير مؤلم عادةً، حول الخصية يُدعى الأُدْرَة، وقد تنجم الأدَرات، كذلك، لأسباب التهابية أو بسبب أذية للمنطقة أو دون سبب واضح.

الأُدْرَة، حالة غير ضارة، وشائعة، لا سيما عند المسنين، ونادراً ما يكون هناك ضرورة لعلاجها، أما إذا أصبح التورم، كبيراً جداً، أو مؤلماً، فعندها يلجأ الطبيب إلى سحب السائل بواسطة محقنة طبية، ويتم هذا الإجراء البسيط تحت التخدير الموضعي. ولكن لسوء الحظ، فإن السائل يعود ويتجمع من جديد في نفس المنطقة. فإذا نكست الحالة بعد سحب السائل، فقد ينصح الطبيب بإجراء جراحة لشد أو إزالة الغلاف الليفي بحيث لا يتجمع السائل فيه مرة أخرى.

يتجمع السائل بين الغلافين اللذين يغلفان الخصية مما يسبب انتفاخ الصفن.

القيلة الدوالية (دوالي الحبل المنوي) (Varicocele)

يتمدد أحياناً الوريد الذي ينزح الدم من إحدى الخصيتين، ويصبح له حجم كبير وغير طبيعي، وهذا يسمى القيلة الدوالية أو دوالي الحبل المنوي. ولا يوجد عادةً سبب واضح لهذه الحالة التي تحدث تورماً حول الخصية. قد يزول التورم عند الاستلقاء، ولكنه يكون مصحوباً أحياناً بألمٍ مزعج يشبه الشّد لاسيما خلال الطقس الحار أو إبان ممارسة التمارين الرياضية.

لذلك ينصح المصاب، لتخفيف الألم والانزعاج، بارتداء ملابس داخلية (غير فضفاضة) أو داعمة بشكل جيد. تخفف هذه الإصابة من إمكانية الإخصاب لكنها لا تؤثر على القوة الجنسية. أما إذا سببت إزعاجاً كبيراً، أو كانت سبباً في نقص الإخصاب فيمكن إجراء عملية جراحية وإزالة الوعاء المصاب.

ـ 2 ـ
غدة البروستات (Prostate gland)

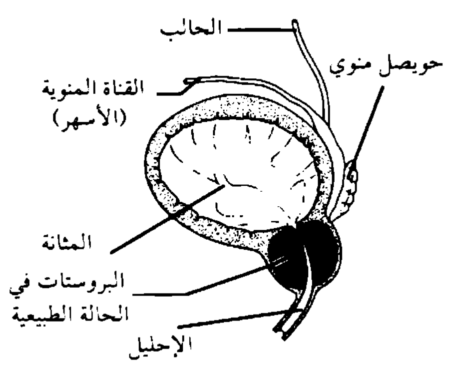
ليست البروستات (الموثة) غدة واحدة مفردة بل هي مجموعة من الغديدات تحيط بالإحليل في منطقة خروجه من المثانة، وهي أنبوبية الشكل لها عضلات تضغط إفرازاتها باتجاه الإحليل.

الوظيفة الحقيقية لهذه الغدة غير واضحة، لكنه يُعتقد أن إضافة إفرازاتها إلى السائل المنوي ينشط نوعاً ما حركة النطاف.

أهم اضطرابات غدة البروستات هي الأخماج والأورام، حيث أن سرطان البروستات يشيع عند الرجال المسنين.

وحيث أن غدة البروستات تحيط بالإحليل عند خروجه من المثانة فإن أي اضطراب فيها يعيق الجريان الحر للبول، وهي مشكلة مزعجة وخطيرة.

وفيما يلي ندرس أهم اضطرابات البروستات.

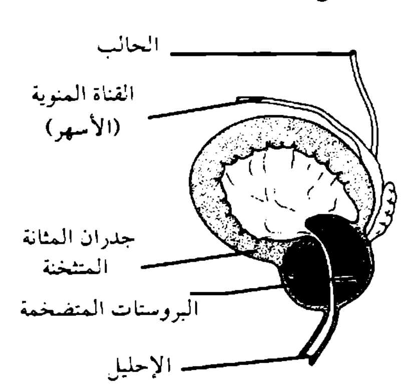


مقطع في غدة البروستات

ضخامة البروستات (Enlarged prostate)

تظهر الفحوصات الروتينية للرجال، ممن هم فوق الخامسة والأربعين من عمرهم، أن غالبيتهم مصابون بتضخم في غدة البروستات بدرجات مختلفة. إن فرط النمو غير الضار لنسيج البروستات هو نتيجة طبيعية للتقدم في السن؛ إذ أنه كلما تقدم المرء بالعمر تنمو عقد صغيرة مكتنزة (ذات قوام متماسك وصلب) بشكل تدريجي وتتجمع مع بعضها لتزيد من حجم الغدة دون أن تحدث أية مشاكل. لكن عند بعض الرجال يصاب نسيج الغدة بالتصلب فيصبح غير مرن لدرجة تكفي لاسترخاء الغدة والسماح للبول بالمرور، بحرية، من المثانة إلى الإحليل، وحتى هذا التصلب قد لا يسبب مشاكل ذات بال. عندما تزداد صلابة الغدة تقوم عضلات المثانة بالمعاوضة بزيادة قوة تقلصها، وهذه القوة تكفي غالباً لإبقاء الإحليل سالكاً. لكن المشاكل الخطيرة تحدث فقط عندما تكون عضلات المثانة غير قادرة على التغلب على التضيق الذي تسببه غدة البروستات المتصلبة وبذلك يحتجز جريان البول بشكل شديد.

الأعراض: تختلف أعراض تضخم البروستات الحاد كثيراً بين شخص وآخر، وأهمها، وأكثرها شيوعاً، هو ضعف تدفق البول، فتحدث حاجة متكررة للتبول (حاجة قوية بحيث يستيقظ المصاب عدة مرات في الليل) ومع هذا يكون التبول عدة قطرات فقط في كل محاولة. ومهما كانت الحاجة للتبول شديدة فهناك صعوبة في البدء بجريان البول، وهذا أكثر ما يمكن ملاحظته في الصباح بشكل خاص. وقد يكون البول مدمى أحياناً.



عندما تتضخم البروستات وتبدأ بسد الإحليل جزئياً، تبدأ المثانة ببذل جهد زائد (تزيد من قوة تقلصها) ضاغطة على البول لإخراجه عبر الإحليل، مما يزيد تدريجياً، من سماكة جدرانها.

المضاعفات: على الرغم من أن ضخامة البروستات شائعة عند الرجال الذين تعدوا الخامسة

والأربعين من العمر إلا أنها نادراً ما تكون سبباً للمشاكل قبل عمر الستين. والمشاكل البولية الخطيرة الناتجة عن هذا الاضطراب تصيب واحداً من كل عشرة كبار في السن. والحالة نفسها ليست خطيرة، ولكن **هناك ثلاث مضاعفات رئيسية لها**:

الأولى: إذا لم يتمكن المرء من تفريغ المثانة بشكل كامل عند كل تبول، فإن البول الراكد فيها يصاب بالخمج (راجع التهاب المثانة عند الرجال ص 761).

الثانية: إذا أعيق أو احتجز جريان البول ضمن المثانة فإن الضغط يزداد بداخلها وتتأذى الكليتان والحالبان (وهما الأنبوبان اللذان ينقلان البول من الكليتين إلى المثانة) مما يؤدي إلى خمج في الكلية (راجع التهاب الكلية والحويضة الحاد ص 644).

الثالثة: إذا لم يعالج تضخم البروستات الشديد، فإن عضلات المثانة تصبح عاجزة عن الضغط بمقدار يكفي لدفع البول باتجاه الإحليل وتفشل تدريجياً، أو فجأة، في أداء وظيفتها.

يحصل الفشل المفاجئ عندما تتوقف المثانة فجأة عن طرح محتوياتها، وتدعى هذه الحالة احتباس البول الحاد، وهو أمر نادر لكنه مؤلم جداً ويتطلب علاجاً فورياً (طارئاً). وأما الفشل التدريجي، وهو الأكثر شيوعاً، فيحدث عندما تزداد كمية البول غير المطروحة، شيئاً فشيئاً، لدرجة يتجمع فيها كمية كبيرة منه في المثانة ممايؤدي بالنتيجة إلى انتفاخ البطن بما يشبه منظر الحامل. في هذه الحالة تنطرح بعض القطرات من البول إلى الخارج عند العُطاس أو السُعال أو الجهد، لكنه من النادر أن يصل الأمر إلى هذه المرحلة المزعجة، وإذا حصل ذلك ولم تعالج الحالة فإنها تؤدي، أخيراً، إلى احتباس حاد أو إلى قصور كلوي (ص 658).

العلاج: عند مراجعة الطبيب بشأن تضخم غدة البروستات، فإنه سيفحص هذه الغدة بالمس المباشر، وذلك بإدخال إصبعه (المغلف بقفاز) داخل المستقيم وإجراء الجس اللازم، وربما تطلب الأمر إجراء صورة ظليلة للجهاز البولي عن طريق الوريد (IVP) للتأكد فيما إذا كانت الأعراض ناتجة عن مرض في المجاري البولية أم عن تضخم غدة البروستات.

في حال انحباس البول الحاد، يجب مراجعة الطبيب فوراً، أو الذهاب إلى المستشفى كحالة طارئة بدون تأخير، وهناك يتم تفريغ المثانة بواسطة قثطرة قبل البدء بالعلاج.

من الملاحظ أنه عندما تكون الأعراض خفيفة أن حالة واحدة من كل ثلاث حالات تشفى ذاتياً من دون علاج، لذلك قد لا يلجأ الطبيب لإعطاء أي علاج في الحالات الخفيفة، وينصح بالانتظار فترة من الزمن. ولكن إذا استمرت المشكلة، أو إذا ازدادت سوءاً أو إذا أظهرت الفحوصات إعاقة خطيرة لمجرى البول، عندها يجب إزالة نسج البروستات المتضخمة بعملية جراحية تدعى «استئصال البروستات» وتجرى إما تقليدياً، كما هو معروف، أو بطريقة تدعى استئصال جزئي عبر الإحليل (TURP)، وكلا الطريقتين تتطلبان تبنيجاً عاماً. حسب الطريقة التقليدية لاستئصال النسيج الزائد، يجري الطبيب شقاً في القسم الأسفل من البطن، أما في طريقة الاستئصال الجزئي عبر الإحليل فإنه لا يجري أي شق بل يمرر أنبوباً داخل الإحليل (عبر

القضيب) إلى البروستات، وفي رأس هذا الأنبوب يوجد عروة قطع كهربائية يوجهها تلسكوب صغير موجود أيضاً في الأنبوب، ويتم القطع بسهولة ولا يتطلب هذا الأمر البقاء في المستشفى إلا لعدة أيام فقط، بينما، في الطريقة التقليدية، تطول الإقامة أكثر من ذلك، ويكون الألم بعد هذه الجراحة أقل، لكن في بعض الحالات لا يكون الاستئصال الجزئي عبر الإحليل عملياً وناجحاً.

بشكل عام، إن معظم عمليات استئصال البروستات ناجحة، ومن النادر أن يعاني الرجل ثانية من مشاكلها، وفي حالات نادرة أيضاً قد يصبح الرجل عاجزاً عن ممارسة الجنس بعد العملية. وأحياناً قد يكون الرجل قادراً على الانتصاب وممارسة الجنس ولكنه يصبح عقيماً، لأن السائل المنوي ينقذف، في هذه الحالة، باتجاه الخلف إلى المثانة وليس باتجاه الأمام إلى الإحليل. ولحسن الحظ فإن عمر غالبية المرضى الذين هم بحاجة لهذه العملية لا يجعلهم يهتمون بفقدان خصوبتهم كالشباب، علماً أن قذف السائل المنوي لداخل المثانة لا يؤذي أبداً وينطرح مع البول دون أية مشاكل.

سرطان البروستات (Cancer of the prostate)

لا يتطور سرطان البروستات كمعظم السرطانات الأخرى، ولا ينتشر بسرعة، بل يبقى هذا النمو الخبيث المهدد للحياة ساكناً دون نشاط لفترة طويلة نسبياً، ونادراً ما يسبب أعراضاً أو مشاكل للصحة، وقد لا يمكن تمييزه عن تضخم البروستات. يتم الكشف عن الأورام الخبيثة في هذه الغدة فقط عند إجراء عملية جراحية من أجل مشكلة بروستاتية أخرى. ورغم ذلك فمن الممكن أن ينتشر سرطان البروستات إلى العظام إذا لم يتم الكشف عنه، وتُرك من دون علاج، ولا يحدث هذا في معظم الحالات، ولكن إن حدث فإن أعراض سرطان العظام هي التي تظهر على المصاب (راجع أورام العظام ص 710)، وهذه تكون أعراضاً ثانوية تشير عادة إلى نمو سرطان بروستات رئيسي.

المضاعفات: من النادر حدوث سرطان البروستات عند الشباب إنما يصبح أكثر شيوعاً مع تقدم العمر، ولا سيما الرجال الذين تعدوا سن الخامسة والخمسين، إذ يصبح بشكل عام المسبب الثالث الأكثر شيوعاً عندهم للموت بالسرطان بعد سرطان الرئة وسرطان الأمعاء. وبعد سن الثمانين فإنه يصاب به، عملياً، كل الرجال من دون أية أعراض، ويكتشف ذلك فقط بالفحص المهجري. إن معظم سرطانات البروستات لدى المسنين لا تسبب أية أعراض، أما تلك السرطانات المسببة للأعراض فيمكن السيطرة عليها بالمعالجة الهرمونية.

العلاج: عند مراجعة الطبيب بعد ظهور أعراض تضخم البروستات، فإنه يفحص الغدة، وإذا شك باحتمال وجود ورم خبيث، فيها، فإنه سيأخذ خزعة منها لفحصها نسيجياً، فإذا تبين وجود خلايا سرطانية، عندها يجب إجراء مسح عظام بالنظائر المشعة لاكتشاف فيما إذا كان السرطان قد انتشر إلى العظام أم لا.

بين الأطباء خلاف حول محاولة، أو عدم محاولة، إجراء علاج خاص للسرطان الذي يبقى محتجزاً في غدة البروستات من دون أن يسبب أية أعراض، وقد ينصح الأخصائي بعدم عمل أي شيء ما عدا بعض الفحوصات النظامية للتأكد من أن المرض الخبيث لم ينتشر، وأما العلاج البديل لذلك فهو إزالة كل غدة البروستات جراحياً، وهذه لها تأثيرات جانبية غير سارة، كعدم القدرة على الجماع مع عدم وجود ضمانة لشفاء المرض الرئيسي (السرطان)، ولكن هذا العلاج يقلل فرصة انتشار السرطان، وعلى كل حال يجب مناقشة سلبيات وإيجابيات أي علاج مع الطبيب حسب كل حالة ومعطياتها قبل اتخاذ القرار النهائي.

بشكل عام وشائع، يتم تشخيص سرطان البروستات فقط بعد انتشاره إلى العظام، وعندما لا يكون من الممكن الشفاء جراحياً، في هذه الحالة يمكن السيطرة على الأعراض بتخفيض مستوى الهرمونات الجنسية الذكرية في الدم، كما يمكن تخفيف انتاج الهرمونات عن طريق حقن هرمون كيميائي مشابه للهرمون الطبيعي، وهذه المعالجة فعالة وتمتاز بكونها خالية من التأثيرات الجانبية المرافقة للمعالجات الهرمونية المبكرة. وكبديل لذلك يجرى تخفيض انتاج الهرمون جراحياً عن طريق استئصال الخصيتين.

التهاب البروستات (Prostatitis)

يحدث التهاب غدة البروستات، عادةً، نتيجة انتشار إصابة جرثومية من المجاري البولية إليها. وكما هو الحال في الأخماج والالتهابات، في أي مكان آخر في الجسم، فإن التهاب البروستات قد يتحسن، أو يصبح مزمناً، أو يشكل قيحاً.

الأعراض: تبدأ هجمة حادة من التهاب البروستات فجأةً، فيشعر المصاب بأنه مريض، يرافق ذلك ارتفاع في الحرارة وقشعريرة وألم في قاعدة القضيب وحوله. وفيما بعد، وبينما يزداد تورم غدة البروستات، فإنها تصبح مؤلمة باللمس، كما يصبح التبول صعباً للغاية ومؤلماً لأن تورم الغدة يضغط على بوابة الإحليل عند خروجه من المثانة فيحبس البول. يحدث، غالباً، التهاب البروستات المزمن ببطء مترافقاً مع بعض الآلام الثانوية.

المضاعفات: التهاب البروستات المزمن عرض شائع نوعاً ما خاصةً عند المصابين بضخامة البروستات من المسنين (ص 757)، ويميل هذا المرض للمعاودة بعد أن تحصل هجمة حادة بدئية، وإذا لم تعالج الحالة، أو لم ينجح علاجها (كما يحدث أحياناً)، فإن الغدة تتقيح، وتفرز دماً وقيحاً في الإحليل، ولعلاج هذا الخراج يتطلب الأمر استئصاله جراحياً.

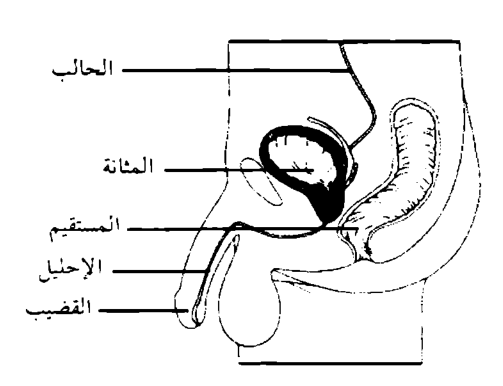
العلاج: في حال الشك بالتهاب البروستات، يراجع الطبيب، وهو سيدخل إصبعه في المستقيم لتحسس هذه الغدة والتأكد من تضخمها ومدى إيلامها باللمس، كما قد يأخذ عينة من البول لإجراء الاختبارات عليها لمعرفة العوامل الخامجة المسببة للحالة المرضية. وإذا بدا للطبيب، من الأعراض المرافقة، أن سبب الخمج ناتج عن وجود جراثيم ممرضة فإنه سيصف

المضادات الحيوية رغم أنها أحياناً لا تشفي الالتهاب بشكل كامل، فإذا لم تستجب الحالة للعلاج الدوائي فقد ينصح الطبيب بتجربة المساجات للغدة بعد تبليل المنطقة بمحاليل خاصة، وينصح المصاب بعدم شرب الكافئين والكحول وعدم ممارسة الجنس. أما إذا تجمع القيح في البروستات فسينصح الطبيب بإجراء عملية جراحية لتصريفه، وهذه العملية تكون عادةً شافيةً من الإصابة تماماً.

ـ 3 ـ

المثانة ـ الإحليل ـ القضيب ـ المستقيم (Bladder - urethra - penis - rectum)

للتذكير بتركيب المثانة والإحليل وعلاقتهما بباقي المجاري البولية (راجع ص 642).
عند الرجل، يتصل الإحليل، قرب النقطة التي ينفصل بها عن المثانة، بعدة قنوات تنقل أو تمرر، السائل المنوي إلى الخارج أثناء عملية القذف، ويحيط بهذا المجرى في هذه المنطقة مجموعة غديدات تدعى مجتمعة، غدة البروستات (ص 756). الجزء الأكبر من الإحليل، عند الرجل، يوجد داخل القضيب. يتألف القضيب نفسه من نسيج إسفنجي مليء بأوعية دموية صغيرة. في حال الانتصاب يمتلئ هذا النسيج الإسفنجي بالدم، وفي حالة الاسترخاء يغطي نهايته الأمامية، المعروفة باسم الحشفة، شريحة رخوة من الجلد هي القلَفة (التي يستأصلها المسلمون بالعملية المعروفة بالختان). أما المستقيم فهو آخر جزء من المعي الغليظ، ويتصل بخارج الجسم بواسطة الشرج، ووظيفته مبينة في الفصل الذي يعالج جهاز الهضم (ص 602).



المثانة والإحليل والقضيب والمستقيم عند الرجل ليست في حد ذاتها معرضة بشكل خاص للأمراض، ومن أجل معلومات إضافية حول الاضطرابات التي تصيب هذه الأجزاء (راجع اضطرابات المجاري البولية ص 642 ومشاكل الزوجين الخاصة ص 806).

التهاب المثانة عند الرجال (Cystitis in men)

التهاب المثانة حالة شائعة ومزعجة، وهي قليلة المشاهدة عند الرجال، لكنها أكثر خطورة عندهم منها عند النساء، لأنها تحدث، عادة، إما بسبب مشكلة خفية في المجاري البولية، كانسداد أو ورم أو خمج انتشر من مكان آخر في المجاري البولية.

تتضمن أعراض التهاب المثانة حكة وحرقة في الإحليل أثناء التبول وبعده، مع وجود

دم في البول (قد يكون غير مرئي بالعين المجردة)، وتزايد عدد مرات التبول. إن أعراض التهاب المثانة، ثانوية، أي أنها تدل على الإصابة باضطرابات أخرى هي التي سببت التهاب المثانة، لذلك يتوجب مراجعة الطبيب، فوراً ، حين حدوثها. وعلى الرغم من أن المضادات الحيوية تشفي المثانة المخموجة، لكن الطبيب يطلب، عادة، إجراء فحوصات أخرى لاكتشاف السبب الخفي للمشكلة، وتتضمن هذه الفحوصات تنظير المثانة وصورة ظليلة للجهاز البولي عن طريق الوريد (IVP) . وعندما يتم اكتشاف السبب الخفي الكامن يتم وصف الدواء المناسب لعلاجه.

ثآليل القضيب (Penile warts)

تتشابه الثآليل الموجودة على القضيب مع تلك الموجودة في أي مكان آخر من الجسم (راجع الثآليل ص 260) وهي نادرة الحدوث، على ألاً يُظن أن كل نمو يشبه الثؤلول، على القضيب، أو داخل فتحة الإحليل هو ثؤلول بحد ذاته، ففي بعض الأحيان قد يكون هذا النمو علامة مبكرة على مرض خطير كسرطان القضيب (ص 764)، أو داء الزهري (ص 817)، لذلك يفضل دائماً مراجعة الطبيب عند ظهور أي نمو على القضيب، فإذا تأكد أنها ثآليل فسيصف نوعاً محدداً من المراهم لإزالتها، وهنا يجب الانتباه إلى تطبيق تعليماته بدقة، وعدم محاولة معالجة أي ثؤلول موجود على القضيب بوصفات عشوائية، أو مصممة لمعالجة الثآليل الموجودة في مكان آخر من الجلد، مع التذكير أن جلد القضيب حساس للغاية، ويمكن أن يتضرر بسهولة بأي مادة كيميائية قوية المفعول موجودة في مرهم الثؤلول العادي. تشبه ثآليل القضيب كل الثآليل الأخرى من حيث أنها تحدث نتيجة الإصابة بعدوى ڤيروسية، ولذلك فهي نوعاً ما، مُعْدِية، وقد تنتقل بعض الثآليل الموجودة على المنطقة التناسلية إلى الزوج عن طريق الجماع. فإذا كان الزوج مصاباً بثآليل على قضيبه، فمن الأفضل للزوجة مراجعة طبيبها للتأكد أنه ليس لديها ثآليل مهبلية أو فرجية (ص 801)، وما لم يتم علاج الزوجين بشكل ناجح، فإن الڤيروسات المسببة للثآليل تعاود نشاطها مراراً وتكراراً بشكل غير محدد.

التهاب الإحليل عند الرجال (Urethritis in men)

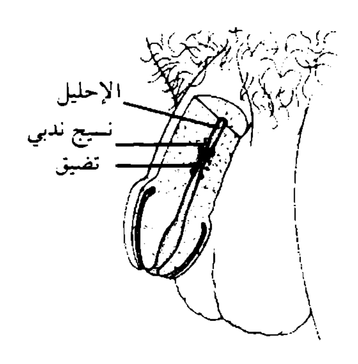
يحدث التهاب الإحليل عند الرجل، عادة، بسبب إصابة جرثومية تنتقل عن طريق الإتصال الجنسي مع امرأة مصابة. وأهم الأعراض هي وجود نجيج أصفر كثيف، وغزير، يسيل من رأس القضيب، مع عسر تبول. ومن بين الأشكال العديدة لالتهاب الإحليل عند الرجل فإن أكثرها شيوعاً هو التهاب الإحليل اللانوعي (816)، والسَّيَلان (ص 815)، ولأن هذين المرضين يشكلان مشكلة لكلا الزوجين فإنهما سيناقشان في القسم الخاص بمشكلات الزوجين الخاصة (ص 806).

تضيق الإحليل (Urethra stricture)

تضيق الإحليل حالة نادرة، حيث تتواجد بعض الندبات فيه، فيضيق نتيجة لتقلص تدريجي للنسيج المتندب على جدرانه. تحدث الندبة، عادة، بسبب بعض الأذيات التي تصيب المنطقة التناسلية، وأكثرها شيوعاً التهاب الإحليل الدائم، الناتج عن إصابة جرثومية، ولكن العلاج الحديث بالمضادات الحيوية لهذه الأمراض قلل عملياً من نسبة حدوث تندب القضيب بهذا السبب، إلا إذا أهمل الإنسان المصاب علاج نفسه أو إذا كان العلاج خاطئاً أو غير فعال.

ان تضيق الإحليل يؤدي إلى صعوبة في التبول تتناسب شدتها مع شدة التضيق، كما يسبب ألماً أثناء التبول، وقد يؤدي إلى حدوث أخماج بولية.

العلاج: عند مراجعة الطبيب المختص بأمراض المجاري البولية والتناسلية، فإنه، بعد أن يتأكد من الحالة، سيلجأ إلى تمديد النسيج المتندب والمسبب للتضيق بواسطة مسبار لدن (طري) خاص يدخله عبر الإحليل حتى يتجاوز المنطقة المتضيقة (تحت التبنيج الموضعي)، وسيكرر ذلك مرات عديدة، وعلى فترات متقطعة، حتى يتوسع الإحليل ويعود البول للجريان بسهولة. أما إذا لم ينجح هذا العلاج واستمر التضيق فسينصح بإجراء جراحة لاستئصال النسيج المتندب واستبداله بنسيج مطعم.



إن النسيج الندبي الذي يتشكل نتيجة مرض أو حادثة يمكن أن يسبب أحياناً تضيق الإحليل بل وأن يسده كلياً مما يمنع تدفق البول.

التهاب الحشفة (Balanitis)

التهاب الحشفة عبارة عامة تعني عدة أنواع من التهابات الحشفة، من ظاهرها وباطنها وعلى رأس القضيب. سبب هذه المشكلة الشائعة هو الخمج (راجع حلاً الأعضاء التناسلية ص 818)، واحتجاز المفرزات الجلدية الدهنية التي تدعى اللَخَن (Smegma)، أو تهييج جلد المنطقة بسبب ملامسة مواد كميائية لها، قد تكون موجودة على أو في الملابس، أو بسبب استعمال الواقي المانع للحمل، أو بسبب وضع كريمات مختلفة. إن المصابين بالداء السكري هم على الأخص معرضون للإصابة بهذا الاضطراب، لأن بولهم السكري يسمح بانتشار الإصابة والأخماج (راجع الداء السكري ص 671). في بعض حالات التهاب الحشفة يزداد الألم شدة ويتورم رأس القضيب بحيث يصبح من الصعب سحب القلفة نحو الخلف لتنظيف المنطقة. كما أن هناك شكلاً نادراً من التهاب الحشفة مجهول السبب ولا يحدث احمراراً أو ألماً، بل تصبح الحشفة و/أو القُلفة، شاحبتين بشكل غير طبيعي ومتجعدتين. وبالرغم من أن هذه الحالة غير مؤلمة لكنها تجعل القُلفة قابلة للانكماش، وتضيق فتحة الإحليل وتعيق تدفق البول.

العلاج: تشفى معظم حالات التهاب الحشفة، بعد إزالة السبب، ومعالجة المنطقة بمرهم مرطب. وعند الضرورة، وبشكل خاص، إذا كان من الصعب، أو من المؤلم، سحب القُلفة نحو الخلف، يُراجع الطبيب، وهو سيصف مضاداً حيوياً بشكل مرهم أو حبوب لعلاج الخمج. وفي الحالات المعندة، يكون الحل الوحيد هو إما إرخاء الحشفة المنكمشة جراحياً، أو إجراء عملية ختان، وإزالة القُلفة بكاملها. أما إذا التهبت الحشفة وانكمشت وسدت مجرى البول، عندها، يتوجب إجراء عملية جراحية لتوسيع فتحة الإحليل.

القُسُوح (النُعُوظ المستمر) (Priapism)

القُسُوح، أو النُعُوظ المستمر، هو انتصاب القضيب لفترة طويلة دون إثارة جنسية، وهي حالة نادرة ومؤلمة، يسببها، عادة، انسداد مفاجئ، لا يمكن تفسيره، لعودة الدم المحتقن من القضيب المنتصب، وقد يكون السبب، أحياناً، مرضاً أو إصابة في أعصاب الحبل الشوكي التي تسيطر على الانتصاب. ومهما كان السبب، فإن استمرار الانتصاب لمدة (3 ـ 4) ساعات متواصلة، يشكل حالة خطيرة، حيث قد يؤدي ذلك إلى تلف النسج الإسفنجية للقضيب، بشكل دائم، لدرجة يكون فيها الانتصاب من جديدٍ مستحيلاً.

العلاج: إذا حدث انتصاب من دون سبب واضح، واستمر لوقت طويل، فيجب عدم إضاعة الوقت بمحاولة إخماده بضواغط باردة (ماء بارد)، أو أي علاج منزلي آخر، بل يجب مراجعة الطبيب فوراً، أو الذهاب إلى المستشفى بحالة طارئة (إسعاف)، لأن النعوظ المستمر حالة تحتاج إلى إجراء جراحة سريعة لفتح الانسداد، أو إلى تخدير النخاع الشوكي، أو إلى معالجة دوائية لتخفيف ضغط الدم في القضيب. فإذا تحسنت الحالة بسرعة، فإن المصاب، سيستمر قادراً على الانتصاب الطبيعي مرة ثانية ولن تتأثر حياته الجنسية.

سرطان القضيب (Cancer of the penis)

هو شكل نادر من النمو الخبيث المهدد للحياة، وهو مجهول السبب، لكن هناك علاقة كبيرة بين تطوره وإهمال نظافة المنطقة ما تحت القُلفة لعدة سنوات. والذكور المختونون أقل عرضة لهذه المشكلة من الذكور غير المختونين، علماً أن اعتناء الرجل بنظافة القُلفة وما تحتها بشكل جيد وباستمرار يخفض احتمال الإصابة بالسرطان إلى حده الأدنى.

الأعراض: أهم أعراض سرطان القضيب ظهور بقعة متقرحة، أو قرحة، أو كتلة ثؤلولية المنظر تنتشر ببطء عبر جلد القضيب نحو الداخل وصولاً إلى النسج العميقة، فإذا لم تعالج بسرعة فإن الورم الخبيث ينتقل إلى أجزاء أخرى من الجسم، بواسطة الجهاز اللمفاوي غالباً(ص 536) أو بواسطة مجرى الدم. يميل سرطان القضيب للانتشار أولاً إلى الغدد اللمفاوية في المغبن مما يسبب تورمها.

العلاج: إذا ظهر على القضيب قرحة نازَّة، ، أو شكل من أشكال النمو، يجب مراجعة الطبيب، وهو سيأخذ خزعة لفحصها نسيجياً،(ليميز السرطان عن الزهري أو ثآليل القضيب). فإذا تأكد من وجود نمو سرطاني فإن استئصال كامل القضيب جراحياً هو الحل الوحيد، والبديل لذلك الإجراء هو تطبيق معالجة موضعية بالأشعة.

السائل المنوي المدمى (Hemospermia)

يؤدي وجود الدم في السائل المنوي، عادة، إلى تلونه بلون زهري أو أحمر أو بني، ويكون سبب ذلك عادة، تمزق وريد صغير، أو أكثر، في القسم العلوي من الإحليل. يحدث هذا التمزق في أي وقت أثناء الانتصاب، وهو أمر شائع جداً، ويحصل عادة من دون انتباه الرجل أو المرأة إلى ذلك. فإذا لاحظ أحد الزوجين وجود بعض الدم في السائل المنوي فلا داعٍ للقلق حيث أن تمزق الأوردة هذا سيشفى دون معالجة خلال فترة قصيرة جداً، في حين يبقى السائل المنوي مدمى لعدة أيام.

أما إذا شك الشخص بأن للدم مصدراً آخر غير هذا فيتوجب حينئذ مراجعة الطبيب.

خراجات الشرج والمستقيم (Anorectal abscesses)

يمكن للخراجات أو الجيوب الممتلئة قيحاً أن تتشكل في المنطقة حول فتحة الشرج أو في المستقيم، وتدعى هذه الأخماج بخراجات الشرج والمستقيم، وهي أكثر تواجداً لدى الرجال وعند الأشخاص المصابين بأمراض هضمية(راجع تهيج القولون ص 605) وداء كرون (ص 598) واللوكيميا (ص 526) والداء السكري (ص 671).

يمكن أن تحدث هذه الخراجات إما على حافة فتحة الشرج أو أعمق من ذلك، داخل المستقيم بين العضلات العاصرة أو في النسج في منطقة أعمق داخل المستقيم، وهذا يجعل من الصعب على الطبيب تحديد موضعها بدقة. وتتضمن الأعراض ألماً في المستقيم وارتفاع حرارة قد يكون عالياً.

العلاج: إذا شعرت بألم حاد في منطقة المستقيم فراجع طبيبك، فإن تبين له إصابتك بخراج فيه، فسيكون علاجك بفتح ذلك الخراج جراحياً وتفريغه من القيح، وتكون العملية سهلة إذا كان الخراج قرب سطح الجلد. أما الخراجات الأعمق فإنها تتطلب سبراً واستكشافاً أكثر، وفي هذه الحالات لا بد من إجراء تبنيج عام.

التهاب المستقيم (Proctitis)

هو التهاب في المستقيم، يكون أحياناً عرضاً لالتهاب القولون التقرحي (ص 608)، ولكن عندما يكون المستقيم هو المنطقة الوحيدة المصابة من القولون، فإن سبب هذه الإصابة

غالباً ما يكون مرضاً انتقل عن طريق الاتصال الجنسي. فإذا التهب المستقيم بسبب الإصابة بداء السيلان فإنه يطرح نجيجاً يتراوح بين مادة مخاطية عكرة ومادة تشبه القيح، ويصحب خروج هذه المواد حرقة وحكة، ونزف وألم أثناء التغوط. أما الالتهاب الناتج عن داء الزهري فإنه يؤدي إلى ظهور قرحة (في بادئ الأمر)، إما داخل المستقيم أو حول فتحة الشرج. ويؤدي التهاب المستقيم الناتج عن إصابة بالڤيروسات إلى ظهور حبوب محوصلة بداخله أو قرب فتحة الشرج. ويسبب التهاب المستقيم، عادة، حكة وألماً في المستقيم وحول فتحة الشرج. كما تصيب ڤيروسات الحلأ، أيضاً، الأعصاب التي تصدر عن النخاع الشوكي في أسفل الظهر مما يسبب ألماً مزمناً في الظهر والردفين والفخذين مع صعوبة في التبول، أو تسبب مشاكل بالانتصاب. وكذلك قد تنتقل الڤيروسات من ثآليل القضيب (ص 762) إلى منطقة المستقيم.

عندما يحدث التهاب في المستقيم بسبب الأمراض الجنسية المذكورة سابقاً وبالممارسة الجنسية بين شخص مصاب بها وشخص سليم، فإن هذا الاضطراب يكون مؤلماً ومزعجاً جداً. وعند مراجعة الطبيب فإنه سيأخذ عيِّنة من مفرزات تلك القرحات لفحصها ومعرفة سبب المشكلة، وفي حال تبين وجود خمج جرثومي في المستقيم فيصف مضادات حيوية مناسبة. وتعالج الثآليل بمراهم خاصة بها، أما إذا كانت المشكلة ناتجة عن خمج بالڤيروسات فإن المرض سيأخذ مجراه حيث من المعلوم أن الڤيروسات لا تتأثر بالأدوية المتوفرة حالياً.

العَنَانَة (Impotence)

العَنَانَةُ تعني فقدان الرجل لمقدرته على اكتساب الانتصاب والمحافظة عليه، علماً أن كلاً من العوامل الجسمية والنفسية تسبب أو تساهم في حدوث هذه المشكلة، ومن الصعب أحياناً للطبيب المعالج تحديد طبيعة سبب الحالة بدقة، فالرجل الذي يفقد الاهتمام بالجنس أو يفقد الرغبة الجنسية يصبح عنيناً.

غالباً ما تؤدي الحالات المؤقتة، كالنزاعات الزوجية والإجهاد والتعب والقلق وإجهاد الفكر، إلى العنانة، وكذلك أيضاً تعتبر العنانة عرضاً من أعراض الاكتئاب الشديد (ص 336).

عندما لا يستطيع الرجل المحافظة على الانتصاب أثناء الجماع، لأسباب نفسية، فإنه يتعرض للانتصابات وهو نائم ليلاً. ومن المحتمل أن تظهر العنانة تجاه شريك معين بالذات ولا تحدث مع شريك آخر.

تتحقق عملية الانتصاب، بسبب احتقان في الأوعية الدموية في القضيب، حين تتوسع تلك الأوعية لتسمح بمزيد من تدفق الدم. ويتعلق هذا الأمر بإثارة الأعصاب، وبما أن بعض الأعصاب تحكمها، بشكل كامل، مراكز عصبية في الدماغ فإن عدداً من الأدوية التي تؤثر في الدماغ يمكن أن تتدخل في عملية الانتصاب.

الأدوية المستعملة لمعالجة فرط التوتر الشرياني، بما في ذلك مدرات البول والمهدئات والأدوية المضادة للكآبة، كلها يمكن أن تمنع أو تؤثر سلباً على الأداء الجنسي. كما أن شرب الكحول يضعف، عادة، قدرة الرجل على الانتصاب. والإدمان على الكحول (ص 349) يخفف من كمية التستوستيرون الموجودة في الدم، هذا الهرمون الذي تنتجه الخصيتان، والذي هو أهم هرمون ذكري جنسي وله تأثيرات على الصفات الجسمية الذكرية، كشعر الجسم، بالإضافة إلى إثارة الدافع الجنسي وانتاج النطاف.

تمنع الأوعية الدموية الموؤفة تدفق الدم اللازم لتضخم القضيب ولحدوث الانتصاب، كما أن تصلب الشرايين(ص 491) يسبب تضيقاً في أوعية الدم السفلية من الجسم مما يؤدي إلى منع تدفق الدم اللازم للانتصاب.

الرجال المصابون بالداء السكري الشديد لفترة طويلة (ص 671) معرضون أيضاً للإصابة بالعَنَانَة لأن الأعصاب وأوعية الدم تتأذى بسبب المرض. وقد يؤدي فرط التوتر الشرياني (ارتفاع ضغط الدم ص 463) أيضاً للعَنَانة، وكذلك الحال بالنسبة لقصور الكلية المزمن (ص 659).

وأخيراً، فإن الأمراض التي تمنع إنتاج أو عمل هرمون التستوستيرون الذكري تقلل من الأداء أو الاهتمام الجنسي، وهذه الأمراض هي، عادة، إضطرابات هرمونية غير طبيعية، كأورام الغدة النخامية (ص 669) ونقص إفرازات المهاد (Hypothalamus) الذي هو مركز فعال في الدماغ يقوم بتنظيم انتاج الهرمونات.

العلاج: عند مراجعة الطبيب، فإنه سيحاول أن يعرف فيما إذا كانت المشكلة جسمية أو نفسية، علماً أن عادة الاستمناء باليد (العادة السرية) قد تكون سبباً نفسياً يمنع الانتصاب أثناء الممارسة الطبيعية، وكذلك بالنسبة لإدمان الكحول، وتناول عقاقير للسيطرة على الضغط الشرياني المرتفع، كما أن الطبيب سيقيس معدل التستوستيرون في الدم، وفي حال تناول مجموعة من الأدوية فمن الممكن إيقاف استعمال واحد بعد الآخر لفترة من الزمن للتأكد فيما إذا تحسنت حالة العَنَانة أم لا، وبهذه الطريقة يستطيع الطبيب تحديد الدواء المسبب للمشكلة.

منذ فترة ليست بعيدة، كان الظن أن أغلب حالات العَنَانة ذات أسباب نفسية، لكن الدراسات الحديثة أظهرت، من خلال مراقبة مستوى التستوستيرون، أن أسباب العَنَانة الجسمية أكثر شيوعاً مما كان يعتقد.

ومن حيث النتيجة، إذا تأكد الطبيب أن سبب العَنَانة هو حالة نفسية فإنه سيطلب من الزوجين (معاً) مراجعة طبيب اختصاصي بالأمراض النفسية والجنسية، وإذا تبين لهذا الأخير أن السبب هو تناول دواء ما فيمكن عندها إلغاء استعمال ذلك الدواء أو استبداله بدواء آخر.

ومهما كان سبب العنانة فإنه يمكن الوصول للانتصاب عن طريق أدوية معينة أو حقن عقاقير في القضيب، أو ربما يكون الحل جراحياً، وذلك بحقن بديل دوائي في القضيب.

توجيهات صحية للرجال

ينظف القضيب والصفن بشكل جيد، مرة واحدة كل يوم، بالماء الجاري والصابون، وفي حال عدم الختان، يجب التأكد من تطهير وتنظيف رأس القضيب وما تحت القُلفة.

التنظيف الكامل لن يمنع الإصابة بداء السيلان(ص 815) أو داء الزهري(ص 817) لأن الجراثيم المسببة لهذه الأمراض موجودة داخل الجسم لا على الجلد، علماً أن الكائنات الحية المسببة للأخماج الثانوية، كالتهاب الإحليل غير النوعي (ص 816) والتهاب المهبل غير النوعي عند النساء، من الممكن إزالتها عن طريق الغسل بالماء والصابون.

أثناء الغسل، يفتش عن القرحات والحبات أو الآفات غير الاعتيادية التي تسببها أخماج انتقلت بالاتصال الجنسي، فإذا وجدت إحداها، يراجع الطبيب فوراً.

فقدان الرغبة الجنسية عند الرجال

يثير هرمون التستوستيرون الجنسي الذكري الدافع الجنسي عند الرجل، لذلك إذا انخفض مستوى هذا الهرمون فإن الشبق أو الرغبة الجنسية والقدرة على الإثارة تتلاشى أو تخف. يعود سبب انخفاض مستوى هرمون التستوستيرون إلى مشكلة جسمية كأمراض الكبد أو الكلية أو الغدة النخامية، أو ربما يكون السبب تأثيراً جانبياً لدواء تناوله المصاب، أو يكون، تعباً أو إجهاداً أو ألماً. وغالباً ما يكون أصل المشكلة نفسياً، أو عوامل نفسية وجسمية معاً، فالاكتئاب الشديد (ص 336)، على سبيل المثال، يسبب فقدان الرغبة بالجنس.

يفقد بعض الرجال رغبتهم بممارسة الجنس بشكل عام، لكن هناك بعض الرجال يفقدون رغبتهم بممارسة الجنس مع امرأة محددة، وهذا يحدث عندما تكون هناك مشاكل أخرى، جنسية أو غير جنسية، في العلاقة بينهما.

إن اضطراباً كالعَنَانة (الفقرة السابقة) أو القذف المبكر(ص 821) لهما علاقة بنجاح متعة الاتصال الجنسي، كما يؤثران سلباً على الرجل ويجعلانه يتجنب مباشرة عملية جنسية أخرى.

إذا لم تساعد الإجراءات الذاتية بإعادة الرغبة الجنسية، تصبح استشارة الطبيب متوجبة، وهو سيعمل باحثاً عن سبب جسمي، فإذا لم يكتشف أي سبب فإنه سيحيل المريض إلى أخصائي بالأمراض النفسية أو استشاري بالأمور الزوجية.

العلاج: من المفيد أن يناقش الزوجان المسألة بصراحة تامة، وهذا يوضح سوء الفهم ويكشف الستار عن مشاكل أخرى في العلاقة التي تؤثر عليهما. وفي حال الملل من العلاقة الطويلة الأمد على الزوجين أن يحاولا إيجاد طرق جديدة للاتصال الجنسي.

أما العلاج المتوفر، فهو يعتمد على السبب الخفي الذي غالباً ما يصعب تحديده. وتكون المعالجة النفسية مفيدة إذا لم يستطع الطبيب أن يحدد أي علاج جسمي، هذا وإن التمارين المساعدة ذاتياً وتقنيات الاسترخاء وتثقيف النفس بالنواحي الجنسية والاطلاع على حقائق الإثارة الجنسية ربما تكون مفيدةً.

الفصل الخامس عشر

مشاكل خاصة بالنساء (Special problems of women)

تنحصر المشاكل المعالجة في هذا الفصل بتلك التي تصيب النساء فقط، وقد قسمناها إلى عدة أقسام. فسندرس مشاكل الدورة الشهرية، (دورة الأربعة أسابيع التي يستغرقها نضج البويضة، ومن ثم تحررها، وتساقط بطانة الرحم)، و الشذوذات البنيوية المتنوعة، والأخماج والالتهابات والأورام، التي يمكن أن تحدث في الأعضاء الأنثوية، كاضطرابات الثديين والمبيضين والرحم وعنقها والمهبل والفرج. وندرس أيضاً سرطان الثدي الذي يحظى باهتمام كبير في هذه الأيام، وكيف تفحص المرأة ثدييها بنفسها، كما قمنا بوصف عملية استئصال الثدي بشيء من التفصيل. إضافة لذلك هناك مجموعة فقرات تعالج مشاكل المثانة والإحليل عند المرأة، وطرق العناية أثناء الحيض، وغير ذلك.

الأعضاء التناسلية الأنثوية

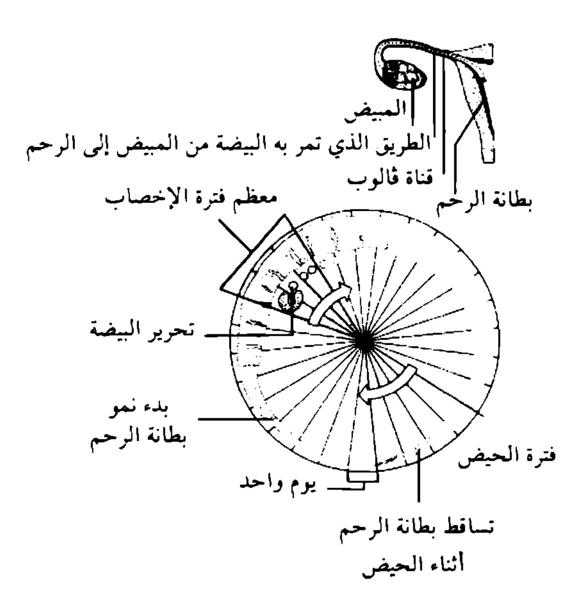
- 1 -

الحيض والإياس (Menstruation and menopause)

في سن الإخصاب، يحرر، بالتناوب، كل مبيض من مبيضي المرأة، بيضة واحدة كل ثمانية أسابيع، أي أنه تحصل إباضة في كل أربعة أسابيع، علماً أن البيضة هي خلية صغيرة لا تكاد تُرى بالعين المجردة. بعدما تنطلق البيضة من المبيض، تأخذ طريقها عبر قناة ڤالوب (Fallopian tube) إلى الرحم، ويستغرق هذا حوالي خمسة أيام، فإذا حصل اتصال جنسي خلال يوم أو يومين قبل، أو بعد، تحرر البيضة فقد يحدث الحمل، حيث تمر النطاف بعد الجماع إلى الرحم ومنه إلى قناتي ڤالوب حيث يمكنها أن تعيش هناك مدة قد تصل إلى ستة

أيام، لذلك إذا حصل جماع بين الخمسة أيام قبل تحرر البيضة ويوم واحد بعدها يمكن للنطفة أن تخصب البيضة ويحدث الحمل.

أثناء بضعة أيام قبل الإباضة، يثخن جدار الرحم ويحتقن بالدم استعداداً للإخصاب، فإذا وصلت البيضة إلى الرحم وكانت مخصبة فإنها ستجد بطانة الرحم في حالة مناسبة لتعشش فيها وتبدأ بالتطور، وهذا يعني بدء الحمل.



هذا الشكل يمثل الدورة الشهرية على اعتبار أنها (28) يوماً وكل مثلث أو كل قطعة تمثل يوماً واحداً.

أما إذا لم يتم إخصاب البيضة، ولم يحدث الحمل، فإن بطانة الرحم المتثخنة والمملوءة دماً تسقط (يلفظها الرحم)، وتسقط معها البيضة غير الملقحة، وذلك بعد (14) أربعة عشر يوماً من الإباضة، ويمر الدم خارجاً من عنق الرحم إلى المهبل ثم إلى خارج الجسم وهذا ما يسمى بالطمث أو الحيض، ويستمر نزف الدم، هذا، لمدة خمسة أيام تقريباً. أما في أثناء الأيام التسعة التالية لذلك، فإن بطانة جديدة تنمو في الرحم، وبعدها تبدأ عملية إباضة جديدة، أي بعد (14) يوماًمن بدء الدورة السابقة، وبذلك تستغرق الدورة بكاملها (28) يوماً، ولكن، عند أغلب النساء، قد تزيد هذه المدة أو تنقص يوماً أو يومين أو أكثر أحياناً.

يتحكم بكل مراحل هذه الدورة الشهرية نظام هرمونات معقد ومواد كيميائية أخرى تنتجها منطقة الوِطَاء (Hypothalamus) (وهو جزء من الدماغ ملاصق للغدة النخامية) والمبيضان.

تبدأ الدورات الشهرية، عادة، عند الفتيات ما بين عمر (11 ـ 14) سنة، وتكون الدورات غير منتظمة في السنة أو السنتين الأوليتين لأن الإباضة تحدث، غالباً بشكل غير منتظم، ثم تنتظم لمدة تزيد عن ثلاثين سنة، ثم تصبح من جديد غير منتظمة لنفس السبب (أي بعد عمر 45 سنة)، وفي النهاية تتوقف كلياً وهذا ما يعرف بانقطاع الطمث أو الإياس. وفيما يلي من فقرات سنناقش أهم المشاكل المتعلقة بالدورة الشهرية.

غياب الدورات الشهرية (انحباس الطمث ـ الضَهى) (Absence of periods)

يُعَرف انحباس الطمث المؤقت أو الدائم، بانقطاع الطمث. قد لا تبدأ الدورة الشهرية

عند بعض الفتيات عند بلوغ السن الطبيعي لذلك، وهو عادة من عمر (11 ـ 14) سنة، وهذا يسمى بانحباس الطمث الأولي (الضهى الأولي)، ويحدث هذا نتيجة تأخر البلوغ بشكل طبيعي، والذي يمكن أن يسببه خلل ما في النظام الهرموني أو التناسلي للفتاة، وعادة قد لا يشك بأن هذا الخلل هو سبب المشكلة إلا بعد أن تبلغ الفتاة (16 ـ 18) سنة من العمر من دون أن يحدث عندها دورة.

أما النساء اللواتي كان لديهن دورات منتظمة وحصل عندهن غياب أو تأخير في الدورة فالحالة تدعى عندئذٍ (الضهى الثانوي)، وهذا يحدث بسبب تغيرات في توازن الهرمونات التي تتحكم بتحرير البيضة من المبيض، ومن الأسباب الواضحة لمثل هذه الحالة هو حدوث حمل. كما يمكن أن يحدث خلل في التوازن الهرموني في جسم المرأة بسبب عوامل عاطفية عنيفة (شجار أو حزن مثلاً)، أو بسبب فقدان الوزن السريع (راجع القهم العُصابي والنُهام ص 948)، أو الإصابة بمرض ما، أو نتيجة لتناول بعض الأدوية. فالنساء اللواتي توقفن عن تناول مانع حمل عن طريق الفم قد يعانين من انحباس طمث ثانوي لبضعة أشهر، وهناك سبب لغياب هذه الدورة غير شائع كثيراً، وهو حدوث اضطراب يؤثر على تحرير البيضة (راجع شذوذات منطقة الوطاء والغدة النخامية والمبيضين ص 776)، علماً أن الدورة الشهرية تتوقف بشكل طبيعي، دائماً في سن الإياس (ص 775) أو بعد استئصال المبيضين أو الرحم جراحياً.

المضاعفات: إن غياب الدورة الشهرية شائع عند النساء، إذ يحدث، غالباً انحباس الطمث الثانوي أكثر من حدوث انحباس الطمث الأولي، ولا يشكل أي نوع من هذا الانقطاع خطراً على الصحة بحد ذاتها، ولكن الخطر الوحيد هو أن هذا الانقطاع قد يدل في بعض الحالات، على اضطراب خطير. إن المرأة المصابة بانحباس الطمث لا تستطيع إنجاب أطفال بدون معالجة خاصة.

العلاج: عندما تتجاوز الفتاة السادسة عشر من عمرها دون أن يحدث لديها حيض أبداً، عليها مراجعة الطبيب، وهو سيقوم بفحصها للتأكد من عدم وجود أي اضطراب خفي. في معظم الحالات تكون كل الأمور طبيعية ولا حاجة لأي علاج، إلا الانتظار إلى أن تبدأ الدورة بشكل طبيعي، مع العلم أن الشابات اللواتي يمارسن تدريباً رياضياً مكثفاً أو أنهن نحيفات البنية جداً يصبن في بعض الأحيان بتأخر الطمث.

إن بدأت الدورة وأصبحت منتظمة نوعاً ما، ثم حدث أن تأخرت ذات مرة لمدة أسبوعين أو أكثر، يجب استشارة الطبيب الذي سيتأكد من احتمال وجود حمل بواسطة اختبار حمل خاص. وفي حال عدم وجود حمل، وكان الوضع الصحي جيداً، فيجب الانتظار (ربما بضعة أشهر) حتى تبدأ الدورة من جديد، بشكل طبيعي.

في حال انحباس الطمث، يجب التذكر دائماً أن البيضة، يمكن أن تتحرر في أي وقت،

لذلك على النساء اللواتي لا يرغبن بالإنجاب، اتخاذ الحيطة واستعمال موانع الحمل رغم انحباس الحيض.

إذا انحبست الدورة لعدة شهور، فسينصح الطبيب بإجراء عدة فحوصات تشخيصية للبحث عن المشاكل الخفية المحتملة. ففي حال أنه لم يكتشف أية مشكلة صحية لها علاقة بانتظام الدورة فلا حاجة لتناول أي علاج، إلا إذا كانت المرأة راغبة بالحمل، ففي هذه الحالة، يصف الطبيب دواءً لإعادة المبيض إلى تحرير البيوض (راجعي الجدول ص 807).

قلة الطمث (Infrequent periods)

تحيض المرأة في كل عام ما بين (11 ـ 13) مرة تقريباً، لذا فإن انخفض الرقم عن ذلك كثيراً أو قليلاً فإن ذلك يعني قلة الطمث، على الرغم من أن الدورة، بحد ذاتها، تكون طبيعية ويسبقها إباضة بالطريقة الاعتيادية، ولكنها تتكرر فقط أقل من المعتاد.

على الأغلب تحدث قلة الطمث، عند النساء اللواتي يقتربن من سن الإياس (ص 775)، ولكن بعض النساء يعانين من هذا الاضطراب خلال فترة الإخصاب من حياتهن وذلك نتيجة ما يطرأ على هرموناتهن الخاصة من تغيير (راجع خلل منطقة الوطاء والغدة النخامية والمبيضين ص 776)، علماً أن قلة الطمث لا تعرض الصحة العامة للخطر ولا تتطلب، في العادة أي علاج ما لم تكن المرأة راغبة بالحمل.

عسر الطمث (Painful periods)

يعرف الطمث المؤلم، وخاصة التشنجات الطمثية المؤلمة، بعسر الطمث، فإذا بدأ الألم خلال ثلاث سنوات من بدء الدورة، فإنه يعرف، بعسر الطمث الأولي، ويُعتقد أن ذلك الألم ناتج عن تغيرات هرمونية عادية تحدث أثناء الحيض، وتستمر هذه الحالة، عادة، خلال سنوات الإنجاب.

إذا أصبح الطمث مؤلماً بعد ثلاث سنوات من بدء الحيض، فإن هذه الحالة تُعرف بعسر الطمث الثانوي. يُرجع حدوث عسر الطمث الثانوي نتيجة لاضطراب كامن أكثر من عسر الطمث الأولي؛ ومثل هذه الاضطرابات الكامنة تشمل الانتباذ البطاني الرحمي (انظر ص 788)، أو الخمج الحوضي (انظر ص 790)، أو الأورام الليفية الرحمية (الليفومات) (انظر ص 785).

الأعراض: يختلف ألم الحيض بشكل كبير، فبعض النساء يعتريهن ألم بسيط في البطن أو الظهر، بينما يصاب بعضهن بألم داخلي تشنجي حاد. وبشكل مثالي، يزداد الألم سوءاً في بداية الدورة، وقد تصاب المرأة بالغثيان والإقياء في بعض الأحيان.

معاناة المرأة من آلام شديدة أثناء الطمث، أمر شائع بين النساء، وهن يتحملن ذلك غالباً ولا تتطلب حالتهن عناية طبية خاصة، وهذه الحالة، بحد ذاتها، لا تعرض الصحة للخطر، ولكنها ربما تكون عرضاً لاضطراب خفي أشد خطورة، لذلك يجب مراجعة الطبيب بشأنها وعدم إهمال علاجها.

العلاج: ان استعمال دواء مسكن (كالأسبرين) قد يساعد على تخفيف آلام الطمث وربما ينصح الطبيب باستعمال عقاقير أخرى تخفف من الالتهاب وتسيطر على الألم. كما تخفف التمارين الرياضية البسيطة من شدة الألم، علماً أن المرأة لا تحتاج للاستراحة في السرير أثناء الحيض.

إذا تطور ألم الحيض وأصبح حاداً بعد ثلاثة سنوات، أو أكثر، من دورات خالية من الألم نسبياً، وفي حال أصبح الألم أسوأ من الاعتيادي، يجب مراجعة الطبيب الذي يفحص ويحدد سبب الألم ويعالجه. فإذا كان الألم حاداً فإنه سيصف مسكناً قوياً أو ينصح بتناول موانع حمل عن طريق الفم، أو بعض العقاقير الأخرى لتغيير توازن الهرمونات بطريقة تخفف الألم، علماً أنه في بعض الأحيان قد يختفي عسر الطمث بعد إنجاب طفل.

غزارة الطمث (Heavy periods)

هي حالة الطمث الذي يستمر لفترة طويلة، أكثر من سبعة أيام، ويكون دم الطمث غزيراً، وقد يحمل معه خثرات كبيرة من الدم.

تحدث هذه المشكلة، غالباً بسبب خلل هرموني في الهرمونات التي تتحكم بالدورة الشهرية، وأحياناً بسبب نمو ورم ليفي في الرحم (ص 785)، أو بسبب وجود خمج في الحوض (ص 790) أو نادراً بسبب الانتباذ البطاني الرحمي (ص 788)، كما أن وجود مانع حمل داخل الرحم يسبب أيضاً هذه الحالة.

المضاعفات: غزارة الطمث حالة شائعة بين النساء، فبعضهن يعاني منه في كل دورة وبعضهن الآخر يحدث له ذلك أحياناً، وتحدث هذه الحالة غالباً عند الشابات اللواتي لم يحصل عندهن دورات إباضة منتظمة بعد، كما تشيع بشكل خاص، عند النساء اللواتي يقتربن من سن الإياس، وهي حالة تؤدي إلى الانزعاج والكرب مع العلم أنها نادراً ما تشير إلى اضطراب خفي، والمضاعفات الوحيدة العامة لهذه الحالة هي احتمال الإصابة بفقر دم ناتج عن نقص الحديد (ص 515).

العلاج: في حال تكرار حدوث حالات غزارة الطمث، يجب مراجعة الطبيب، أما في حال حدوث طمث واحد غزير، بشكل غير معتاد، فتتبع إجراءات العلاج الذاتي المقترحة لاحقاً، وفي حال كان الطمث متأخراً بالإضافة لكونه غزيراً، وكان هناك احتمال وجود حمل،

فربما أنه سيحدث إسقاط حمل مبكر، وفي هذه الحالة يراجع الطبيب فوراً، وهو قد يجري فحوصات للتقصي عن احتمال وجود سرطان في الرحم، كأخذ خزعة من عنق الرحم لفحصها نسيجياً والتأكد من تسرطنها أم لا، كما يجري فحوصات دم للبحث عن مشاكل اختلال في الدم أو الهرمونات لتقصي سبب الحالة المحتمل.

العلاج الذاتي: في حال حدوث طمث غزير، بشكل اعتيادي، دون وجود حمل، يجب تخفيف النشاط، وأخذ فترات راحة كافية، فإذا لم يخف النزف خلال يوم واحد يراجع الطبيب. أما إذا كان الحيض غزيراً، دائماً، فمن المهم الحصول على كمية كافية من الحديد لتجنب فقر الدم أو نقص الحديد في الجسم.

العلاج الاختصاصي: إذا كان الرحم طبيعياً فسيصف الطبيب حبوباً هرمونية تحتوي على الأستروجين (Estrogen) أو البروجسترون (Progesterone) أو كلاهما معاً لتخفيف النزف، وهما نفس الهرمونين المستعملان في موانع الحمل المأخوذة عن طريق الفم. أمَّا في حال تناول موانع حمل عن طريق الفم، أو في حال عدم إمكانية استعمالها، فسيصف الطبيب دواءً آخر لتخفيف النزف. في حال استعمال وسيلة منع حمل داخل الرحم (اللولب) فسينصح الطبيب بتغيير هذه الطريقة واستبدالها بطريقة منع حمل أخرى. وإذا أظهرت الفحوصات وجود حالة فقر دم، يجب تناول حبوب تحوي الحديد.

إذا لم يُجدِ هذا العلاج نفعاً بعد عدة شهور، فسينصح الطبيب بإجراء توسيع وتجريف (ص 786)، للكشف عن أي إضطراب يسبب غزارة الحيض، على أن تتم معالجة كل اضطراب حسب نوعه. وحتى لو لم يتم الكشف عن أي شيء فإن التوسيع والتجريف في بعض الأحيان، يحلان المشكلة، ويُجرى التوسيع والتجريف أيضاً إذا شك الطبيب بوجود حمل سابق، وإسقاط غير كامل. وأخيراً يمكن أن يكون استئصال الرحم هو الحل الوحيد للمشكلة.

التوتر النفساني السابق للحيض (Premenstrual tension)

في كل شهر تفرز مختلف الغدد في جسم المرأة هرمونات متنوعة وتطلقها إلى مجرى الدم، علماً أن الهرمونين الجنسيين الرئيسين عندها هما الأستروجين (Estrogen) والبروجسترون (Progesterone) وكلاهما يُصنعان في المبيضين ويتحكمان بتغيرات جسمية مختلفة بما في ذلك التغيرات التي تطرأ على الرحم أثناء الدورة الشهرية (راجعي الحيض والإياس ص 775)، كما يشتركان بإحداث تغيرات جسمية أخرى كإيلام الثديين المتزايد. إضافة إلى ذلك، تؤثر التغيرات الهرمونية على المزاج وتؤدي إلى بعض التغيرات الذهنية والعاطفية. إن مجموع التغيرات العاطفية والجسمية التي تحدث في الأيام السبعة السابقة للحيض، أو نحو ذلك، تسبب حالة تعرف بالتوتر النفساني السابق للحيض.

الأعراض: تتخذ تغيرات المزاج شكلاً من الهيجان المتزايد أو/ والعدوانية أو/ والاكتئاب، بينما تتضمن التغيرات الجسمية زيادة خفيفة في الوزن، بسبب احتباس السوائل، وتورم الثديين قليلاً ويصبحان مؤلمين بالضغط الخفيف، مع وجود ألم داخلي في المنطقة السفلية من الجذع، وتنتفخ المعدة. تختلف درجات حدة هذه الأعراض بشكل كبير، وهي إما أن تكون غير ملحوظة، أو تكون معتدلة ولا تسبب أية مشكلة، أو تكون شديدة الوضوح أحياناً.

العلاج: على الرغم من عدم وجود أية علاقة أكيدة تربط هذا التوتر بفرط إفراز هرموني البروجسترون والأستروجين في الجسم إلا أن بعض النساء وجدن أن تلك الأعراض اختفت عندهن بالعلاجات التي تغير في فاعلية هذين الهرمونين، كتناول حبوب منع الحمل عن طريق الفم، والبعض الآخر وجدن أن الحُقَن الشهرية من البروجسترون أو مدرات البول أو مشتقات فيتامين (E) يساعد كثيراً، لذلك لا بد من تجريب عدة علاجات مختلفة لكشف أيها الأنسب. في حال فشلت هذه العلاجات في حل المشكلة تُستعمل مسكنات ألم أو مهدئات يتم تناولها في الأيام الأكثر سوءاً، أما في حالة الاكتئاب الشديد فقد تستوجب الحالة إجراء معالجة نفسانية.

الإياس (Menopause)

الإياس (يسميه البعض سن اليأس) هو الانقطاع التام والطبيعي للدورات الحيضية، ويشمل هذا كلاً من الإباضة والحيض، وغالباً ما يستعمل هذا المصطلح بشكل أوسع للدلالة على عدة سنوات سابقة وتالية لهذا الحدث الطبيعي في حياة المرأة. وفي العادة يظهر الحيض الأخير ما بين سن الأربعين والخمسين من العمر ولكن قد يتأخر، أحياناً، إلى سن الستين. وبشكل عام، يضطرب الحيض وتصبح الدورات الشهرية غير منتظمة في السنوات السابقة للإياس، وهذا أمر طبيعي بالنسبة للمرأة، ونادراً ما يدل على أي مرض أو اضطراب.

الأعراض: إن حوالي (25%) من النساء لا يلاحظن أي اضطراب في مرحلة الإياس، باستثناء إنقطاع الحيض، وهنالك (50%) يلاحظن تبدلات ذهنية و/ أو جسمية خفيفة، أما الـ (25%)، الباقيات، فتظهر لديهن أعراض طارئة مزعجة أو حتى مسببة للكرب. قد تشمل هذه الأعراض هبات جسمية ساخنة وتعرق وجفاف المهبل لدرجة أنه قد يسبب ألماً أثناء الجماع، وخفقانات قلبية وآلاماً مفصلية وصداعات، وفي حالات أشد يظهر لدى كل واحدة من خمسة من النساء تخلخل عظمي قد يؤدي في بعض الحالات الشديدة لزيادة الاستعداد للكسور العظمية ولانضغاط الفقار. ومن بين الأعراض غير الجسمية، المرافقة غالباً للإياس، هناك الاكتئاب والقلق والهياج وصعوبة التركيز وضعف الثقة بالنفس وصعوبات في النوم، وقد تدوم هذه الأعراض من عدة أسابيع إلى خمس سنوات أو أكثر.

العلاج: رغم حقيقة شيوع تخلخل العظام والاكتئاب في مرحلة العمر المتوسط والشيخوخة لدى النساء، فإن هذه الأعراض لا تشكل مظاهر طبيعية للتقدم في السن، ولذلك يجب استقصاؤها ومعالجتها، ومع هذا فهناك أعراض محتمة الحدوث، مثل النزف الحيضي الغير منتظم والهبات الساخنة، وقد تصاب المرأة ببعض الأعراض الطارئة في هذه الفترة من العمر. يجب أن لا تعزى جميع هذه الأعراض، بشكل آلي، إلى الإياس، والطبيب وحده يقرر، وجود، أو عدم وجود، أمراض أخرى، وقد يصف دواءً لتخفيف أعراض الحالة. أما إذا حدثت نزوف بين الدورات، أو نزف حيضي غزير أو مديد أو حدثت دورة حيضية أخرى بعد ستة أشهر أو أكثر من آخر حيض، يراجع الطبيب فوراً لأن هذه الحالة قد تشير إلى احتمال وجود سرطان رحم.

العلاج الذاتي: إجراء التمارين الرياضية المنتظمة، وتناول الغذاء الغني بالكالسيوم، يمنحان أفضل حماية ضد تخلخل العظام، كما تبين أن للرياضة، أحياناً، فائدة ملحوظة في مكافحة حالة الاكتئاب المرافقة لفترة الإياس.

في حال عدم الرغبة بالحمل، في هذه الفترة، على المرأة أن تستعمل موانع الحمل لمدة سنتين، تقريباً، بعد آخر حيض لها. وفي حال أن الجماع أصبح مزعجاً، يمكن استعمال مادة مزلقة، مثل الهلام الذوَّاب في الماء.

العلاج الاختصاصي: تعتمد المعالجة على عدة عوامل. فإن كانت المرأة تعاني من جفاف المهبل أو من دورات غير منتظمة أو مديدة أو من هبات ساخنة أو تعرق غزير، عندها، يصف الطبيب، عقاقير هرمونية ليعدل التوازن الهرموني في جسمها مما يخفف من تلك الأعراض. والهرمونات المستعملة قد تكون خليطاً من الأستروجين والبروجسترون، أو الأستروجين فقط، تؤخذ بشكل مضغوطات أو مرهم مهبلي، على أن تستمر المعالجة طول الفترة التي ينصح بها الطبيب، علماً أن المعالجة بالأستروجين وحده تزيد من فرصة الإصابة بسرطان الرحم.

هناك عقاقير أخرى غير الهرمونات، تخفف أعراض الإياس، وهذه قد توصف للنساء فوق سن الخمسين، أو اللواتي لديهن مشكلات قلبية أو دورانية، أو اللواتي لا يجوز وصف الهرمونات لهن لأي سبب آخر، مثل مضادات الاكتئاب أو المنومات، والمهدئات، علماً أن تناول المنومات أو المهدئات يؤدي إلى الإدمان عليها.

شذوذات منطقة الوطاء والغدة النخامية والمبيضين
(Abnormalities of the hypothalamus, pituitary and ovaries)

من الممكن حدوث عدد من المشاكل نتيجة خلل في النظام المتداخل للهرمونات الجنسية في جسم الأنثى. فالهرمونات تنظم الدورة الشهرية، وفي كل شهر (28 يوم)، تقوم منطقة

الوطاء (وهي قسم من الدماغ) بإنتاج مواد كيميائية تعرف بالعوامل المحررة التي تمر إلى الغدة النخامية وتنبه إنتاج الهرمونات النخامية التي تؤثر بدورها على المبيضين وتسبب الإباضة، (تحرير بيضة). هذه الهرمونات تنبه، أيضاً، إنتاج الهرمونين الجنسيين الأنثويين، البروجسترون (Progesterone) والأستروجين (Estrogen) من المبيضين.

يمكن أن تصاب هذه الدورة الطبيعية بعدد من الاضطرابات، فمنطقة الوطاء يمكن أن يصيبها خلل ما بسبب عوامل عاطفية عنيفة، أو سوء استعمال لبعض الأدوية، أو بسبب حدوث تغيرات كبيرة في الوزن (راجع القهم العصابي والنُهام ص 948)، أو الإصابة بمرض شديد. أو قد يحدث هذا الاختلال بسبب التوقف عن استعمال موانع الحمل عن طريق الفم، أو بسبب حدوث إضطرابات دماغية، كالتهاب السحايا (ص 296) وأورام الدماغ (ص 309).

الغدة النخامية أقل تعرضاً للاضطرابات، ورغم ندرة إصابتها بالأورام (ص 669) فإن ذلك غالباً ما يسبب خللاً في إنتاج الهرمونات الجنسية.

هناك بعض الاضطرابات النادرة التي تصيب المبيضين وتؤثر أيضاً على إنتاج الهرمونات مثل الكيسات المبيضية (ص 784) وداء المبيض المتعدد الكيسات، وهو مرض نادر جداً. ومن أجل مشاكل المبيضين الأخرى راجعي الفقرات التي تبدأ من (ص 783).

الأعراض: أهم أعراض اضطرابات إنتاج الهرمونات الجنسية هي تقطع الدورات الشهرية، فإذا كانت الغدة النخامية هي التي تسبب المشكلة فسيكون هناك أعراض أخرى غير تقطع الدورات (راجعي الغدة النخامية ص 664).

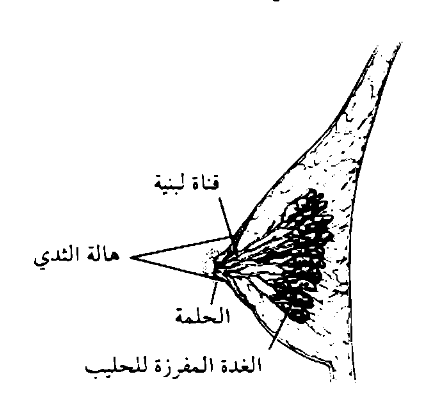
في بعض اضطرابات المبيضين أو غدة الكظر، يزداد، عند المرأة، إنتاج الهرمون الجنسي الذكري التستوستيرون (Testosterone) الذي يُنْتَجُ، إلى حد ما، عند كافة النساء، وهذا يسبب نمو شعر متزايد على الوجه والجسم وخشونة في الصوت وازدياد في الوزن.

العلاج: إذا لم تنتظم الدورة الشهرية أو توقفت نهائياً، فإن الطبيب، سيتأكد، بداية، من وجود حمل، كما سيتقصى عن وجود مرض خفي قد سبب المشكلة، وينصح عادة بعدم اتخاذ أي إجراء ما لم تتوقف الدورة لمدة ستة شهور على الأقل. أما إذا شك باحتمال وجود مشكلة خفية فإنه سيجري فحوصات بول ودم لتحديد مستويات الهرمونات في الجسم، وتصوير الغدة النخامية بالأشعة. فإذا تبين وجود مشكلة خفية فإنه يبدأ بمعالجة تلك المشكلة فوراً، أما إذا لم يجد أية مشكلة فلن تكون هناك حاجة لإجراء أي علاج إلا في حالة الرغبة بالحمل.

ـ 2 ـ

الثديان (The breasts)

يتألف كل ثدي من ثديي المرأة من (15 ـ 20) مجموعة من الغدد المنتجة للحليب مطمورة في نسيج دهني. وتجري من كل مجموعة، قناة حليب، إلى الحلمة التي تحيط بها منطقة غامقة اللون على شكل هالة تحتوي على غدد دهنية أو شحمية تحافظ على مرونة الحلمة.



أثناء الحمل، تحرر المشيمة والغدة النخامية هرمونات معينة تسبب تضخم الثديين، ومن ثم إنتاج الحليب، بعد الولادة (راجع الحمل والولادة ص 823)، كما تتضخم الأثداء قليلاً قبل الطمث وتصبح مؤلمة باللمس.

ناقش، فيما يلي، أهم المشاكل التي تصيب الثديين.

كتل الثدي (Lumps in the breast)

قد يكون ثديي بعض النساء غير منتظمي التشكيل، أو لهما قوام غير متجانس، أو ربما يحويان كتلاً غير مرضية لا تستدعي القلق، كونها تعود إلى بناء نسيج الثدي أصلاً. لكن المهم في الأمر هو إصابة الثدي بكتل جديدة، وهذه لها خمسة أسباب محتملة:

1 ـ تكون الكتلة عبارة عن جراب نسيجي (كيسة) مملوء بسائل.

2 ـ تتشكل الكتلة بسبب خمج في نسج الثدي (خراج ثدي).

3 ـ الإصابة بالداء الغدي الليفي، وهو عبارة عن ثخانة النسيج الغدي المنتج للحليب.

4 ـ الإصابة بورم سليم، من غير المرجح انتشاره لخارج الثدي.

5 ـ ظهور ورم خبيث في الثدي يمكن أن ينتشر ويهدد الحياة.

إن الحالات الأربع الأولى، السابقة الذكر، قد تسبب إزعاجاً بسيطاً وألماً أو إيلاماً طفيفاً، لكن الحالة الخامسة هي الخطرة والتي تستوجب العلاج السريع.

العلاج: على المرأة أن تفحص ثدييها بنفسها، بشكل منتظم مرة في كل شهر، وهذا يجعل الاكتشاف المبكر لأية كتلة جديدة تنمو في الثدي، ممكناً، فإذا اكتشفت وجود كتلة لم تكن موجودة من قبل سواءً، أكانت مؤلمة أم لا، عليها مراجعة الطبيب فوراً، وكذلك إذا وجدت كتلة دائمة (سابقة)، وبدأت تتبدل بطريقة ما، كأن تصبح مؤلمة أو أقسى أو أكبر، عليها مراجعة الطبيب. وبعد التأكد من طبيعة الكتلة، يقرر الطبيب المعالجة المناسبة، فإذا كانت

كيسة مثلاً فربما يتم نزحها بواسطة إبرة ومحقنة، ومع ذلك، يجب إجراء تفقدات منتظمة، لفترة عامين تقريباً، للتأكد من عدم نكس الكتلة. وإذا كان السبب في ظهور الكتلة أو (الكتل) وجود ثخانة في النسيج الغدي في الثديين (الداء الغدي الكيسي) فلا ضرورة للمعالجة، إلا أن الطبيب قد يصف، خاصة إذا ترافقت الكتلة ببعض الآلام، هرمونات جنسية أو عقاقير أخرى تؤثر على التوازن الهرموني لجسم المصابة، وكذلك بعض الڤيتامينات، كما أنه قد ينصح بارتداء حاملة أثداء (سوتيان) تساعد على دعم محكم للثديين.

أما إذا أظهرت الاختبارات التشخيصية وجود ورم في الثدي، فيجب استئصاله جراحياً، لكن نوع العملية الجراحية يعتمد على نوع الورم الموجود. فإن كان سليماً فمن الضروري استئصاله فحسب، وبعد العملية يجب إجراء فحوص تفقدية منتظمة، للثديين، لمدة سنتين تقريباً. أما إذا كان ورماً خبيثاً، فيمكن دراسة الحالة في بحث سرطان الثدي (ص 780).

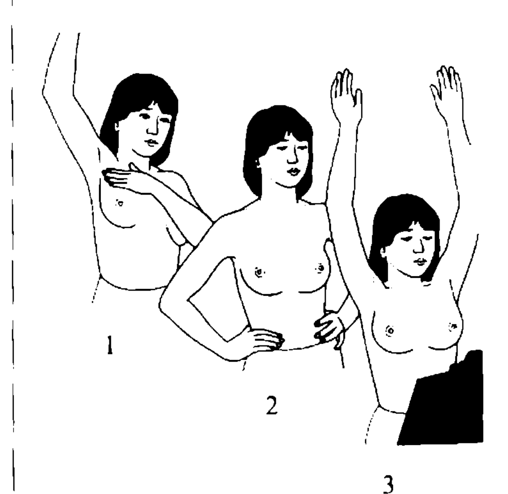
كيف تفحصين ثدييك بنفسك

يكتسب فحص المرأة لثدييها بنفسها، أهمية كبيرة بسبب أن كتل الثدي، لا تحدث أعراضاً ولا ترى بالعين المجردة في مراحلها الأولى، إلا أنه يمكن كشفها، في هذه المرحلة، بالفحص الذاتي هذا.

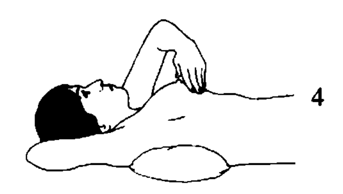
(1) ـ قفي قبالة المرآة وتأملي كل ثدي على حدة لتلاحظي ما إذا كان يوجد أي كتلة أو انضغاط أو تبدل في القوام.

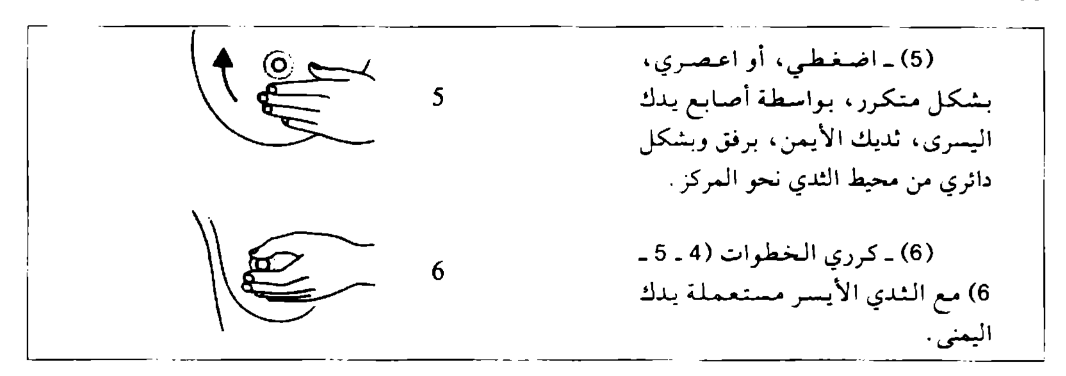
(2) ـ اعتادي على معرفة كيف يبدو ثدياك وتيقظي، بصورة خاصة، لأية تبدلات قد تطرأ على الحلمتين.

(3) ـ ارفعي ذراعيك للأعلى وتأملي وجود أي تورم أو تجعد في جلدة ثدييك.



(4) ـ استلقي على الأرض وضعي مخدة تحت كتفك الأيمن واجعلي ذراعك الأيمن تحت رأسك.





سرطان الثدي عند النساء (Breast cancer)

لسبب مجهول، قد يصاب ثدي المرأة بورم خبيث (سرطان) يهدد حياتها. في بادئ الأمر ينحصر الورم في نسج الثدي فقط، ويبدأ بالنمو حتى يصل قطر كتلته حوالي (20) ملم أو أكثر، عندها تأخذ بعض الخلايا السرطانية بالانفصال عنه والانتقال عبر الدورة الدموية والجهاز اللمفاوي إلى أجزاء وأعضاء أخرى من الجسم، حيث يستقر بها المقام لتنمو، مشكلة أوراماً سرطانية جديدة. يصيب هذا الورم بشكل عام أحد الثديين، إلا أنه، في حوالي (10%) من الحالات ينمو في الثديين معاً.

الأعراض: تنمو في نسج أحد الثديين كتلة تكون مؤلمة أو غير مؤلمة، وهي بشكل عام، تنمو في الجزء العلوي المحيطي من الثدي، ولا تكون ملحوظة، بسهولة، في بادئ الأمر، وغالباً ما تكشفها المرأة أثناء الفحص الذاتي للثدي. واحياناً يلاحظ أن المنطقة الجلدية الواقعة فوق الكتلة السرطانية تصبح غائرة ومتجعدة، وقد يفرز الثدي، من حلمته، سائلاً ذا لون غامق، أو أن الحلمة تتجه نحو الداخل وتنقلب.

المضاعفات: سرطان الثدي هو السرطان الأكثر حدوثاً لدى النساء ويحدث بشكل عام في الأربعينات أو الخمسينات من عمرهن.

هنالك عدة عوامل تساعد على الإصابة بسرطان الثدي، فمن الملاحظ أنه يصيب النسوة اللواتي لم ينجبن بنسبة أعلى من مثيلاتهن اللواتي أنجبن، والنسوة اللواتي يوجد في تاريخهن الأسري هذا المرض، والنسوة اللواتي يحدث الإياس لديهن في مرحلة متأخرة.

إذا لم يعالج سرطان الثدي، أو عولج بعد فوات الأوان، فإنه سيكون قاتلاً على الأرجح، لذلك على النسوة عدم التردد أبداً في إعلام الطبيب عن أية كتلة جديدة تظهر في الثديين، فإذا تبين أنها سرطان وأجرى العلاج المناسب في الوقت المناسب وفي مرحلة مبكرة، فسيكون الشفاء ممكناً.

العلاج: على كل امرأة أن تجري فحصاً ذاتياً لثدييها مرة في كل شهر، كما يمكن استشارة الطبيب فوراً إذا شعرت أنها بحاجة لذلك، لكن، بشكل عام، وبعد الخمسين من

العمر، وإذا كان هناك بعض الإصابات بسرطان الثدي في عائلة المرأة، عليها القيام بزيارات تفقدية منتظمة، إلى الطبيب، لإجراء فحص دوري لثدييها. فإذا اكتشف الطبيب وجود كتلة في أحد الثديين أو في كليهما، عندها يجب إجراء مجموعة كبيرة من الإجراءات التشخيصية بما فيها أخذ خزعة من الكتلة نفسها لفحصها نسيجياً، فإذا دلت تلك الإجراءات على أن الكتلة هي ورم خبيث فلا بد من بدء العلاج فوراً. وفي بعض الحالات، لا بد من إجراء عمل جراحي لاستئصال الورم، وقد يشمل هذا الاستئصال جزءاً من الثدي أو كل الثدي، ثم يتبع ذلك إجراء معالجة شعاعية ومعالجة كيميائية بالأدوية القاتلة للخلايا السرطانية، حسبما يراه الطبيب المعالج ضرورياً وحسب سير الحالة وتطورها. وفي بعض الأحيان، إذا كانت المرأة مسنة أو ذات صحة متدهورة ويصعب تطبيق العلاج، المذكور أعلاه، عليها، فقد ينصح الطبيب بتطبيق المعالجة الهرمونية بدلاً من الجراحة.

لا يوجد اتفاق، في الوقت الحاضر، بين الأطباء المعالجين حول النمط أو الجراحة الأجدى للوقاية من انتقال سرطان الثدي. ويعود ذلك إلى أن الأورام النقيلة (التي تحدث بسبب انتقال الخلايا السرطانية من الورم الأصلي إلى نسج أخرى بعيدة وتشكيلها لأورام جديدة هناك) غالباً ما تظهر بعد سنوات عديدة من تشخيص ومعالجة الورم الأصلي، وليس من طريقة حتى الآن، تؤكد أو تنفي احتمال نمو تلك الأورام.

بعد إجراء الجراحة واستئصال الورم، هناك خطورة حدوث النكس بنسبة (20%) من الحالات ونمو الورم من جديد في الثدي، مما يحتم تطبيق المعالجة الشعاعية أو إجراء عملية جراحية أخرى. ومع ذلك، فالدراسات الحديثة توضح أنه إذا تم اكتشاف سرطان الثدي في الوقت المناسب، فإن المرأة التي أجريت لها عملية استئصال الورم مع استئصال جزء من الثدي، متبوعاً بمعالجة شعاعية، لديها فرصة جيدة للعيش بمقدار ما لدى المرأة التي أجري لها استئصال ثدي كامل، على الرغم من وجود إمكانية، في حالة استئصال الورم مع جزء من الثدي فقط، لوجوب إجراء استئصال ثدي كامل لاحقاً.

ويجرى حالياً فحص دوري سنوي وقائي بعد سن الأربعين لاكتشاف سرطان الثدي قبل ظهوره بسنتين، يصور فيه الثدي شعاعياً ويستحسن إجراؤه قبل الأربعين في الأُسَر التي تكرر فيها ظهور سرطان الثدي.

خرَّاج الثدي (Breast abscess)

الخراج هو منطقة، من أي نسيج مخموجة ومملوءة قيحاً. يتشكل خراج الثدي عندما تدخل، عن طريق الحلمة، عوامل خامجة إلى نسجه، وتخمج غدد إفراز الحليب وقنواته. وبعد أن تتكاثر العوامل الخامجة فإنها تسبب احمراراً وإيلاماً وتوذماً مؤلماً، أو تحدث كتلة في الثدي، وتصبح الغدد اللمفاوية في الإبط المجاور للثدي المخموج مؤلمة بالجس، وربما

حصل ارتفاع في درجة الحرارة. إن خراجات الثدي غير شائعة، وفي عدة حالات يحدث هذا الاضطراب عندما تبدأ المرأة بالإرضاع لأن الحلمات المتشققة، وهي مشكلة تحدث أثناء الأسبوع الأول للرضاعة، تجعل من السهل أن تدخل العوامل الخامجة إلى ضمن نسيج الثدي.

العلاج: تستطيع المرأة الحامل أن تخفف احتمال إصابتها بخراج الثدي عن طريق المحافظة على الحلمتين نظيفتين وجافتين، بين فترات الرضاعة، مع تجنب أي تهييج للمنطقة بسبب الملابس، وكذلك عدم السماح للرضيع بمضغ الحلمة عوضاً عن مصها.

عند مراجعة الطبيب، يصف مضاداً حيوياً ومسكناً للألم وخافضاً للحرارة (كالأسبرين)، وينصح بالتوقف عن الإرضاع من الثدي المصاب لحين شفاء الخمج، كما يطلب إجراء تدليك (مساج)، برفق، لذلك الثدي لطرح الحليب خارجاً ولمنعه من الاحتقان.

أحياناً، لا تكفي المضادات الحيوية لشفاء الخراج، لذا لا بد من نزح القيح (إخراجه)، فيلجأ الطبيب إلى إحداث شق صغير على طرف هالة الثدي (الجلد الغامق حول الحلمة) للسماح للقيح بالنزح، ومرافقة هذا الإجراء مع تناول مضادات حيوية يكفي لشفاء الحالة عادة.

الدَّرة (ثَرُّ اللبن) (Galactorrhea)

ينتج الثدي الحليب، عادة، بعد الولادة، وأحياناً قبلها بعدة أيام. فإذا حدث عند النساء في وقت ما غير هذه الأوقات أو حدث عند الرجال في أي وقت كان، فإن ذلك يدعى الدرَّة أو ثَرُّ الحليب.

الدرَّة نادرة جداً عند النساء وهي أندر من ذلك عند الرجال، ويسببها، عادة، فرط إفراز الهرمون الأنثوي، الأستروجين، الذي يحصل أثناء الحمل، أو بسبب تناول موانع حمل عن طريق الفم، كما أن هناك سبباً آخر محتملاً هو فرط إفراز هرمون البرولاكتين، الذي تنتجه الغدة النخامية، وهو من ثم يقوم بتنبيه إنتاج الحليب، أو يكون سببها، حدوث اضطراب في الغدة النخامية، كنمو ورم فيها (ص 669)، أو بسبب تناول أنواع معينة من المهدئات، ويمكن أن يحدث بدون سبب معروف، وغالباً، تترافق الدرَّة عند النساء مع غياب الطمث.

العلاج: إذا لم يتمكن من كشف سبب الدرَّة فلا حاجة لإجراء أي علاج. وإذا كان تناول المرأة، بعض العقاقير أدى إلى حدوث الدرة، فعليها الامتناع عن تناولها. أما إذا كان السبب حدوث اضطراب أو نمو في الغدة النخامية، أو مرضٍ آخر فإن الطبيب عندها، يصف علاجاً هرمونياً يمنع إنتاج الحليب وفي نفس الوقت يقوم بعلاج المشكلة الأساسية.

مشاكل الحلمة (Nipple problems)

معظم مشاكل الحلمة لا تؤثر على الصحة العامة، ولكن في حالات نادرة تكون إشارة مبكرة لمرض خطير. وفي مثل هذه الحالات، فإن التشخيص الباكر، وتطبيق العلاج سريعاً، يعطيان فرصة أكبر للشفاء.

إفرازات الحلمة: عادة، تكون إفرازات الثدي، ذات اللون المائل للأبيض أو الأخضر، حليباً، وخاصة إذا خرجت من الحلمتين معاً.

عند خروج أي سائل، من حلمة الثدي، ذي لون غامق (أحمر غامق أو أسود)، خاصة إن حدث ذلك في ثدي واحد، على المرأة التأكد من أي الثديين خرج السائل، مع ملاحظة إذا كانت تلك المفرزات قد خرجت من قناة حلمية واحدة (الفتحات الصغيرة جداً على رأس الحلمة) أو من عدة قنوات. إن اللون الأحمر أو الغامق يدل، غالباً، على وجود نمو سليم صغير يدعى الورم الحليمي، كما يمكن أن يدل على نمو سرطان في الثدي (ص 780).

تراجع الحلمة: يظهر تراجع الحلمة أو انقلابها، عند البلوغ، عادة، ويحدث في الحلمتين، وهو لا يسبب أية مشكلة صحية لكنه قد يجعل الإرضاع صعباً.

أما التراجع، أو الانسحاب الخلفي للحلمة أو لأي جزء من الثدي، والذي يظهر لاحقاً، فإنه قد يكون إشارة على سرطان الثدي.

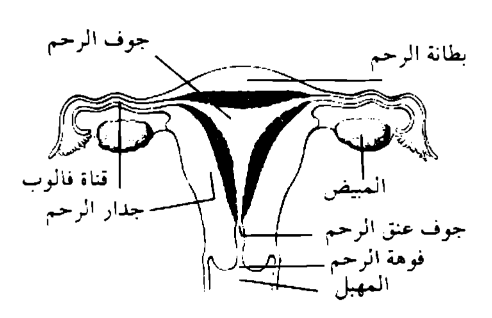
تشقق الحلمة: في الغالب، تجد الأمهات اللاتي يرضعن أطفالهن عن طريق الثدي أن جلد الحلمتين قد أصبح متشققاً ومؤلماً، (راجعي مشاكل الثديين ص 856).

كيسات أودمَّل هالة الثدي: هالة الثدي هي المنطقة ذات اللون الغامق المتواجدة حول الحلمة والتي تحتوي على غدد دهنية تفرز مادة شمعية لتطرية الحلمة. إذا انسدت إحدى قنوات هذه الغدد فإن ذلك يؤدي إلى تشكل كيسة مملوءة بسائل، فإذا تعرضت الغدة ذاتها بعد ذلك للخمج، فإنها تشكل دملة، مما يستوجب استشارة الطبيب. وبشكل عام، يكون علاج الكيسة، أو الدملة، في الهالة، هو نفس علاج الكيسة أو الدملة في أي منطقة أخرى من الجسم (راجعي الكيسات الزُهمية ـ ص 274 ـ والدمامل والجمرات ص 259).

ـ 3 ـ

المبيضان والرحم وعنق الرحم (Ovaries, uterus and cervix)

المبيضان والرحم هما العضوان التناسليان الأنثويان الرئيسيان. يقع كل مبيض على أحد طرفي العمود الفقري فوق عظم العانة تماماً، ويحتوي على آلاف البيوض. أثناء سنين الإخصاب، تنضج بيضة واحدة (أحياناً أكثر) كل أربعة أسابيع وتتحرر من أحد المبيضين منتقلة إلى قناة فالوب (Fallopian tube) المتصلة بالمبيض من حيث تأتي البيضة، وتسير فيها ببطء باتجاه الرحم، وأثناء سيرها يمكن إخصابها بإحدى النطاف.



والرحم عضو له شكل إجاصة قاعدتها إلى الأعلى، ويقع في المنطقة الأمامية من أسفل البطن خلف المثانة، وتتألف جدرانه من عضلات قوية تستخدم، بشكل رئيسي، لدفع الطفل إلى الخارج أثناء الولادة، وفي النهاية الأمامية السفلية للرحم يوجد تركيب ثخين الجدار وضيق هو عنق الرحم، الذي يتواجد عند أعلى المهبل.

نستعرض، فيما يلي أهم الاضطرابات التي لها علاقة بالبنية، والنموات، وأخماج المبيضين، والرحم وعنقه.

الكييسات المبيضية (Ovarian cysts)

كييس المبيض هو كييس مليء بسائل يتشكل على أو قرب المبيض، ويمكن أن ينمو ليصبح ذا حجم كبير، وفي حالات نادرة يتدخل بانتاج هرمونات المبيض الجنسية.

في بعض الحالات، تتطور البيضة بشكل غير طبيعي في المبيض وتشكل كيساً صغيراً، هذا النوع من الكييسات لا يسبب عادة أعراضاً أو يسبب أعراضاً بسيطة تختفي عادة خلال شهر.

الأعراض: عادة، لا تسبب كييسات المبيض أية أعراض، ولكن ربما تلاحظ المريضة انتفاخاً مؤلماً وقاسياً في أسفل البطن أو تشعر بألم أثناء الجماع. في بعض الحالات النادرة، قد يضغط الكيس الكبير على منطقة ما قرب المثانة ويسبب احتباس البول فيها. وعندما يؤثر الكيس على إنتاج هرمونات المبيض، تحدث أعراض غير مألوفة، كالنزف المهبلي غير النظامي أو إزدياد شعر الجسم (راجعي اضطرابات الوطاء والغدة النخامية والمبيضين ص 776)، وربما التوى الكييس وسبب ألماً داخلياً حاداً وغثياناً وارتفاعاً في درجة الحرارة.

المضاعفات: إن كييسات المبيضين شائعة ولكنها نادراً ما تتطلب علاجاً، والتي لا تسبب أعراضاً، تكتشف عادة أثناء الفحوصات الدورية.

أهم المضاعفات هي التواء الكييس بشكل سيء أو انفجاره بحيث يسبب التهاب الصفاق (ص 594)، كما أنه من الممكن أيضاً أن يشكل ورماً خبيثاً يهدد الحياة.

العلاج: لدى مراجعة الطبيب، إذا تبين له وجود كتلة على أحد المبيضين فربما يطلب إجراء تنظير للبطن، فإذا وجد كييساً نامياً غير متسرطن ولا يهدد الحياة فإن العلاج يكون بتجفيف الكييس بواسطة جهاز يدعى منظار البطن (Laparoscope)، ولكن العلاج الأكثر شيوعاً هو استئصال الكييس جراحياً، مع العلم أن هذا الإجراء لا يؤثر على المبيض، ورغم ذلك فقد يرى الطبيب ضرورة استئصال الكييس والمبيض وقناة فالوب جميعاً، وهذا الإجراء لا يؤثر على الإنجاب ما دام المبيض الآخر وقناة فالوب الأخرى سالمين، وفي حال عدم الرغبة بإنجاب المزيد من الأولاد، أو كانتِ المرأة في مرحلة الإياس، فقد ينصح الطبيب بإجراء جراحة لاستئصال كلا المبيضين وربما الرحم أيضاً (يراجع ص 789) منعاً لاحتمال تشكل الكييسات من جديد، ووقاية من احتمال نمو سرطان عليها يهدد الحياة.

سرطان المبيض (Cancer of the ovary)

ينمو سرطان المبيض عندما تتطور نسجه، دون سبب معروف، تطوراً خبيثاً يهدد الحياة، وكما في كل السرطانات هناك ميل لانتشار وتفشي هذا السرطان وتهديد الحياة.

الأعراض: من الصعب جداً الكشف عن سرطان المبيض في مراحله الأولى لأن المبيضين موجودين عميقاً داخل النسج في أسفل البطن، فلا يلاحظ الورم، غالباً، إلا بعد ما يتطور بشكل واضح. في هذه المرحلة يحدث ألم في أسفل البطن وتفقد المصابة من وزنها وتصبح صحتها معتلة بشكل عام، وقد ينزُّ الورم سائلاً يسبب انتفاخ البطن كله، وتعرف هذه الحالة بالاستسقاء البطني.

المضاعفات: سرطان المبيض غير شائع، وإذا لم يكتشف ويعالج على الفور فيمكن أن يكون مميتاً خلال عدة سنوات، أما إذا اكتشف واستؤصل في وقت مبكر فتكون هناك فرصة للشفاء التام.

العلاج: عند مراجعة الطبيب فإنه يجري كل الفحوصات اللازمة بما فيها تنظير البطن. فإذا وجد سرطاناً نامياً على أحد المبيضين فيجب إجراء عملية جراحية فورية لاستئصال المبيض المصاب والمبيض السليم أيضاً وقناتي ڤالوب والغدد اللمفاوية المجاورة للتأكد من عدم بقاء أية خلايا سرطانية تسبب نمواً سرطانياً جديداً، أو تنتشر إلى أجزاء أخرى من الجسم وتحدث سرطاناً فيها، ثم إخضاع المصابة لعلاج بالأشعة وعلاج بالعقاقير السامة للخلايا- في جرعات متباعدة يحددها الطبيب ـ للقضاء على كل ما يمكن أن يكون قد بقي من خلايا سرطانية، أو ربما لتبطئ تطوره إن حصل وانتشر إلى مناطق أخرى في الجسم، وكذلك يمكن سحب (بزل) أي سائل نزَّ من الورم وتجمع داخل البطن، وذلك بشكل دوري، بواسطة محقنة طبية، وهذا الإجراء سريع وبسيط وغير مؤلم.

الورم الليفي الرحمي (Fibroids)

الورم الليفي الرحمي (الليفوم أو الليفاني) هو نمو سليم ينمو ويكبر داخل الرحم، لكنه لا ينتشر ولا يهدد الحياة، ويتطور إما في الجدار العضلي للرحم، أو يكون ملتصقاً بجدار الرحم بواسطة سويقة (Stalk) من النسج. بعض الأورام الليفية الرحمية تستغرق عدة سنوات لتنمو ويصبح قطر كتلتها نصف سنتيمتر، بينما يصل بعضها الأخر إلى ضعف هذا الحجم أو أكثر خلال بضع سنوات. وإذا أصيبت المرأة بورم ليفي رحمي فمن المحتمل أن تتطور عندها أورام ليفية أخرى، علماً أن معظم النساء اللواتي لديهن ورم ليفي رحمي لا يشكين من أية أعراض، خاصة إذا كان الورم صغيراً.

المضاعفات: تقريباً، حوالي (20%) من النساء فوق الثلاثين من عمرهن لديهن أورام ليفية رحمية، ونادراً ما تحدث هذه الأورام قبل سن العشرين، إلا أن أكثرها شيوعاً يحدث في

عمر ما بين (35 ـ 40) عاماً، ومع هذا فإن البعض فقط من النساء المصابات يحتجن لعلاج طبي. إذا سبَّب الورم الليفي دورات شهرية غزيرة فستصاب المريضة بفقر دم (ص 514) بسبب فقدان كمية زائدة منه أثناء الحيض.

أحياناً، قد يلتوي الورم الليفي المتعلق بجدار الرحم بواسطة سويقة لحمية فينقطع عنه الدم فيذبل ويتلاشى من ذاته، ولكن من المحتمل أن يسبب ذلك حدوث ألم حاد في أسفل البطن مما يتطلب إجراء عملية جراحية طارئة (بحالة إسعاف) لاستئصال ذلك الورم المنفتل.

في حالات نادرة، يزداد حجم الورم الليفي بسرعة أثناء الحمل ويسبب ألماً أو إسقاطاً أو إعاقة أثناء الولادة.

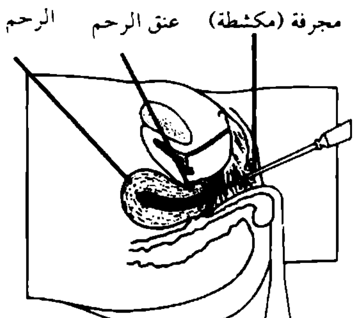
العــلاج:

العلاج الذاتي: في حالة الحيض الغزير، يجب تجنب الإصابة بفقر الدم وذلك بتناول المزيد من الحديد مضافاً لوجبات الطعام. إن نمو ورم ليفي في الرحم ينبه إفراز هرمون الأستروجين (Estrogen) الجنسي، لذلك على المصابة عدم تناول كميات كبيرة من الهرمونات الأستروجينية خاصة بعد الإياس (إنقطاع الحيض).

العلاج الاختصاصي: إذا كان الورم الليفي صغيراً وخالياً من الأعراض، فلا حاجة لأي علاج، وعلى المصابة أن تُراجع طبيبها، مرة أو مرتين في كل عام لإجراء فحص دوري ومراقبة نمو الورم وتطوره. وإذا انخفض عندها مستوى الإستروجين الجنسي بعد سن الإياس فإن الأورام الليفية الموجودة في رحمها ستصغر وتختفي نهائياً. إذا سبب الورم الليفي مشاكل مزعجة للمرأة، فعليها إجراء توسيع وتجريف داخل الرحم. ويتم عادة، استئصال الأورام الليفية التي تسبب مشاكل. وإذا كانت المصابة لا ترغب في إنجاب أطفال في المستقبل فيُنصح باستئصال كامل الرحم، وإلا يمكن استئصال الأورام الليفية جراحياً من دون تضرر الرحم.

عملية التوسيع والتجريف (D&C)

في هذه العملية، يتم كشط جدار الرحم للكشف عن سبب الدورات الغزيرة (ص 773) أو لإنهاء حمل غير مرغوب فيه، أو لمعالجة إجهاض أو إسقاط غير تامين.



تجرى العملية تحت التبنيج العام، حيث يجرى توسيع فتحة عنق الرحم بموسعة خاصة وتكشف، ثم تكشط بطانة الرحم كلها بمكشطة (مجرفة خاصة لهذا الغرض) وتؤخذ عينة من المادة المكشوطة لتفحص مجهرياً للتأكد من سلامتها.

تستغرق العملية من نصف ساعة إلى ساعة وباستطاعة المريضة مغادرة المستشفى في اليوم ذاته

أو في اليوم التالي، علماً أنه، بعد العملية، سيحصل نزف من الرحم لعدة أيام وألم ظهري وحوضي. ويجب الامتناع عن الجماع واستعمال الحشوات داخل المهبل (Tampons) لعدة أسابيع، ومن الممكن مزاولة أغلب النشاطات الاعتيادية بعد عدة أيام.

سرطان الرحم (Cancer of the uterus)

يبدأ سرطان الرحم في بطانة الرحم، وبعد نموه هناك يغزو جدار الرحم، وإذا لم يعالج ينتقل إلى قناتي ڤالوب (Fallopian tubes) والمبيضين والأعضاء الأخرى. ولا يعرف سبب لنمو سرطان الرحم ولكن هناك بعض العوامل التي يمكن أن تساعد على حدوثه، كارتفاع ضغط الدم الشرياني (ص 463)، والبدانة (ص 627)، والداء السكري (ص 671)، وتناول هرمون الأستروجين Estrogen واستعمال حبوب منع الحمل.

الأعراض: يحدث عند النساء اللواتي تجاوزن الإياس وأصبن بسرطان الرحم، نزف مهبلي خفيف. أما النساء اللواتي ما زلن في سن الحيض وأصبن بسرطان الرحم فيحدث لهن دورات شهرية غزيرة أو نزف بين الدورات، وتشاهد المصابة نجيجاً يتراوح من سائل زهري مائي إلى سائل كثيف بني كريه الرائحة، كما تعاني أيضاً من ألم متقطع يشبه ألم الدورة الشهرية.

المضاعفات: سرطان الرحم هو ثاني أنواع السرطانات الشائعة الخاصة بسرطانات الأعضاء التناسلية عند المرأة (السرطان الأكثر انتشاراً هو سرطان عنق الرحم ص 794)، ويحدث بشكل رئيسي، بين سن (50 ـ 60) سنة، ويشيع عند النساء اللواتي لم ينجبن أطفالاً أكثر من أولئك اللواتي قد أنجبن.

ينمو هذا النوع من السرطان وينتشر ببطء، لذلك يكون خطره على الحياة أقل من خطر السرطانات الأخرى، فإذا اكتشف أمره باكراً وتمت معالجته بشكل فعال فهناك فرصة جيدة للشفاء التام.

العلاج: إذا أصيبت المرأة بأي نزف مهبلي غير نظامي، أو شاهدت إفرازات داخلية غير طبيعية عليها مراجعة الطبيب فوراً، فإن شك بوجود سرطان فسيطلب إجراء فحوصات تشخيصية تتضمن أخذ لطاخة (Pap smear) (ص 795)، وكذلك أخذ خزعة لفحصها نسيجياً وإجراء توسيع وتجريف (الفقرة السابقة) للتأكد من التشخيص. ففي حال تم التأكد من وجود السرطان فسيتم استئصال كامل الرحم (الفقرة اللاحقة) مع المبيضين وقناتي فالوب ويجرى عادة علاج بالأشعة ومعالجة كيميائية عوضاً عن، أو بالإضافة إلى الجراحة.

تتم المعالجة بالأشعة بواسطة جهاز يدعى زرع الراديوم حيث يزرع في الرحم أو المهبل (بعد استئصال الرحم). وكذلك هناك طريقة أخرى هي العلاج بأشعة (X) العميقة بعد العملية الجراحية لتوقيف أي نمو آخر للورم.

إذا تم الكشف عن السرطان في مرحلته المبكرة، فإن توقعات الشفاء تكون ممتازة، حيث أن (80%) من النساء اللواتي أجريت لهن عملية جراحية في الوقت المناسب قد شفين تماماً.

الانتباذ البطاني الرحمي (Endometriosis)

بطانة الرحم هي النسيج الذي يبطن الرحم، وهي التي تنمو وتثخن، في جزء منها، في كل شهر، ثم تتساقط (إذا لم يحدث حمل) مسببةً الحيض. في حالة الإصابة بالانتباذ البطاني الرحمي، تنمو أجزاء صغيرة في أمكنة أخرى، داخل جدار الرحم العضلي، أو في المبيضين، أو (أقل شيوعاً) في قناتي فالوب، أو المهبل، أو الأمعاء، أو حتى في الندب التي تشكلت في جدار البطن بعد جراحة سابقة. ويحدث ذلك النمو بسبب الحيض المتراجع، حيث تسقط أجزاء من بطانة الرحم إلى الوراء عوضاً عن طرحها كما يحدث لو كان الأمر طبيعياً من الرحم مع تدفق دم الحيض العادي. وفي موعد الحيض تنزف هذه الأجزاء المتساقطة من بطانة الرحم أصلاً، ولكن بسبب انطمارها ونموها في النسج المشار إليها سابقاً فإن الدم النازف منها بدلاً من أن يخرج، فإنه يؤدي إلى تشكل حويصلات دموية تتخرش وتجرح النسيج المحيط بها، وهذا بدوره يؤدي إلى تشكل كيسة ليفية أو كيس عادي حول كل حويصلة.

الأعراض: في معظم الحالات، لا يسبب الانتباذ البطاني الرحمي أية أعراض، أو قد يسبب أعراضاً خفيفة لدرجة أنها لا تلاحظ ولا تتطلب علاجاً. وتحدث هذه الأعراض أثناء الحيض وتتضمن ألماً في الظهر والبطن يزداد سوءاً، على الأغلب، بعد انتهاء الحيض، وفي بعض الأحيان تصبح الحيضات غزيرة والجماع مؤلماً. وحيث أن هذا الانتباذ له علاقة بالحيض فإنه يحدث فقط خلال سني الإخصاب، لذلك يظهر غالباً بين عمر (25 ـ 45) سنة، ويحدث على الأغلب أيضاً عند النساء اللواتي لم ينجبن أطفالاً.

الانتباذ البطاني الرحمي شائع في شكله الخفيف، والقليل من الحالات الحادة منه هي التي تتطلب علاجاً، وفي حالات نادرة قد يسبب مشاكل، كانسداد الإمعاء(ص 595).

العلاج: إذا شك الطبيب عند مراجعته بأن المرأة مصابة بالانتباذ البطاني الرحمي فإنها ستحتاج إلى عملية توسيع وتجريف (ص 786)، وإجراء تنظير البطن للتأكد من التشخيص، فإذا ثبتت الإصابة بهذا المرض فإن الطبيب يصف علاجاً يومياً مع هرمونات لعدة أشهر لتخفيف تدفق الدم أثناء الحيض، وهذا يسمح للجسم بالتدريج بتخريب النسج غير الطبيعية المتشكلة بسبب الحالة، فإذا لم ينجح ذلك فإنه يعطي جرعات كبيرة من هرمون البروجسترون (Progesterone) أو الهرمون الاصطناعي الذكري لتوقيف الدورة كلياً. وفي حال أثَّر هذا المرض على المبيضين فيصبح العلاج شبيهاً بعلاج الكييسات المبيضية (ص 784)، وفي الحالات الشديدة التي لا تستجيب للعلاج ينصح بإجراء جراحة أو نادراً، معالجة بالأشعة.

عملية استئصال الرحم

يُستأصل الرحم، وأحياناً المبيضان، مع قناتي فالوب لعلاج عدة اضطرابات نسائية مختلفة وينصح بأخذ رأي أكثر من طبيب حول هذا الأمر.

وفي أكثر الطرق المستعملة الشائعة اليوم، يقوم الجراح باستئصال الرحم عن طريق شق في أسفل البطن، كما يمكن إجراء هذا الشق في أعلى المهبل، وكل من العمليتين تستغرق ساعة إلى ساعتين تحت التبنيج العام. وبعد العملية، يوضع أنبوب تصريف في مكان الشق البطني، ويحدث نزف وإفرازات مهبلية تدوم لبضعة أيام، لذا يجب على المريضة النهوض من السرير والسير قليلاً في اليوم الذي يلي العملية الجراحية. ويمكن مغادرة المستشفى بعد يوم أو يومين ولكن يجب عدم ممارسة الجماع لعدة أسابيع.

وعلى المرأة أن ترتاح بعد العملية (فترة نقاهة) من أسبوعين إلى شهرين اعتماداً على صحتها العامة. وعند النساء اللواتي لم يصلن إلى مرحلة الإياس (ص 775) يؤدي استئصال المبيضين لدخول هذه المرحلة مع أعراضها.

أورام الأرومة الاغتذائية (Trophoblastic tumors)

ورم الأرومة الاغتذائية هو نوع نادر من الأورام التي تحدث أثناء الحمل. ينمو هذا الورم في المشيمة ويمنع البيضة المخصبة من التطور إلى جنين، كما يمكن أن ينمو أيضاً في نسج المشيمة التي بقيت في الرحم بعد الولادة أو بعد الإسقاط، ويمكن أن يحدث ذلك في أي وقت ولمدة خمس سنوات بعد الحمل.

تكون أورام الأرومة الاغتذائية سليمة، أو خبيثة، وكلا النوعين نادر الحدوث وينمو مشكلاً كتلة كبيرة. ويتوقع الطبيب وجود ورم الأرومة الاغتذائية من حدوث توسع سريع للرحم. يقتصر الورم السليم على الرحم فقط، أما الورم الخبيث، غير المعالج، فإنه يغزو، بسرعة، جدار الرحم ويمر إلى أجزاء الجسم الأخرى ويهدد الحياة.

أهم أعراض ورم الأرومة الاغتذائية وجود نزف مهبلي غير منتظم وغثيان وإقياء وارتفاع ضغط الدم.

العـلاج: يسبب ورم الأرومة الاغتذائية إنتاجاً مفرطاً من هرمون (HCG) ، الذي تنتجه، عادةً، المشيمة أثناء الحمل. ويمر هذا الهرمون إلى البول ويمكن كشفه فيه بسهولة.

عند الإصابة بورم الأرومة الاغتذائية من النوع السليم فإنه يستأصل جراحياً بطريقة تشبه التوسيع والتجريف (ص 786)، ولا حاجة لأي علاج آخر، ما عدا إجراء فحوصات دورية للتأكد من عدم نمو الورم مرة ثانية، ولا ينصح بالحمل أثناء هذه الفترة. أما إذا كان الورم خبيثاً فمن الضروري استئصال كامل الرحم، وتعطى للمصابة عقاقير مضادة للسرطان لعدة شهور لمنع أي انتشار للمرض، علماً أن فرص الشفاء التام جيدة. إلا أنه من الضروري بعد هذا العلاج إجراء فحوصات دورية منتظمة أيضاً للتأكد من السلامة الدائمة.

الخمج الحوضي (Pelvic infection)

يحدث هذا الاضطراب عندما تغزو العوامل الخامجة الرحم وتنتشر إلى قناتي فالوب والمبيضين والنسج المحيطة دون وجود سبب واضح للإصابة، ولكن، غالباً ما تدخل هذه العوامل الخامجة، عبر المهبل أثناء الجماع، كما تحدث، أحياناً كثيرة، بعد وضع جهاز مانع الحمل داخل الرحم (IUD) ، أو بعد حدوث إسقاط أو إجهاض مخموج، علماً أن خمج الحوض يمكن أن يكون مزمناً أو حاداً.

الأعراض: عند الإصابة بخمج حوض حاد، تعاني المريضة من ألم حاد وإيلام في أسفل البطن، وربما يحدث ارتفاع في درجة الحرارة، في حين يسبب التهاب الحوض المزمن ألماً خفيفاً متقطعاً في أسفل البطن، وفي الظهر أحياناً. وفي كلا الشكلين الحاد والمزمن تعاني المصابة من ألم أثناء الجماع وتكون الدورة الشهرية غزيرة أو مبكرة مع وجود نجيج مهبلي غير عادي وذي قوام كثيف ورائحة كريهة.

المضاعفات: التهاب الحوض مرض غير شائع عادة، ولكنه أكثر شيوعاً عند الشابات والنساء ذات النشاط الجنسي (خاصة المستهترات)، وأقله شيوعاً بعد الإياس.

في حال حدوث هذا الخمج، وإهمال علاجه، فسيتشكل خراج في قناة فالوب أو في المبيض محدثاً ضرراً وندباً، ويسد قناة فالوب ويمنع الحمل. وفي حالات نادرة قد ينتشر هذا الخمج إلى أبعد من ذلك ويسبب التهاب الصفاق (ص 594)، أو قد يحدث تسمماً دموياً (ص 519).

العلاج: عند مراجعة الطبيب فإنه يأخذ مسحة من المادة الموجودة داخل المهبل لتحليلها وفحصها، مما يساعد في تحديد العوامل المسببة لهذا الخمج. بعد ذلك سيصف المضادات الحيوية المناسبة لعلاج الحالة ويعطي دواءً ستيروئيدياً، وينصح بتناول مسكن خفيف أو قوي حسب شدة الآلام، على أن ترتاح المصابة في السرير حتى تختفي الأعراض مع الامتناع عن الجماع لمدة عشرين إلى ثلاثين يوماً.

تؤدي هذه المعالجة إلى شفاء تام. أما إذا لم يحصل تحسن بعد خمسة أيام من بدء العلاج فينصح بإجراء فحص داخلي وتنظير بطن لتأكيد التشخيص، فإذا تبين وجود خراج فيجب إزالته جراحياً، أما إذا تبين وجود انسداد في قناتي فالوب فيجب إجراء عملية جراحية لإصلاح هذا الخلل.

هبوط الرحم أو المهبل (Prolapse of the uterus or vagina)

الرحم والمهبل والأعضاء الجوفية الأخرى ممسوكة ومحمولة في مكانها بواسطة عضلات قوية وأربطة خاصة موجودة في قاعدة البطن. يحدث هبوط الرحم والمهبل عندما تُشدُّ

العضلات والأربطة بشكل كبير، أو عندما ترتخي نتيجة للولادة وللتقدم في العمر. في بعض الحالات، لا تتمكن العضلات والأربطة من الاستمرار في حمل وتثبيت الرحم في مكانه لذا نجده يسقط ويسبب تدلي المهبل نحو الأسفل وحدوث تحدب أو نتوء الجدار الأمامي أو الخلفي للمهبل نحو الخارج، كما أنه، في حالات نادرة جداً، قد يهبط الرحم بشكل كبير لدرجة بروزه خارج المهبل، وهذا يدعى الهبوط التام، كما يؤدي ضعف عضلات أرضية الحوض إلى سَلَس بول (ص 797).

الأعراض: تظهر كتلة أو نتوء في المهبل قد تبرز خارجة منه، وهذا يسبب شعوراً بالثقل وعدم الراحة وألماً في الظهر، خاصة بعد رفع شيء ما أو إجهاد العضلات وإنهاكها. وفي بعض الحالات يحدث سَلَس بول، ولكن في حالات أخرى يكون للهبوط تأثير معاكس فيجعل التبويل أصعب. أما إذا هبط جدار المهبل الخلفي فستعاني المصابة من صعوبة أثناء التغوط، وستضطر لدفع الغائط بشدة مما يزيد حالة الهبوط سوءاً.

المضاعفات: يشيع هبوط الرحم بدرجات خفيفة، خاصة، بعد عدة أشهر من الولادة وفي آخر العمر تقريباً، ويكون مزعجاً وغير مريح، ولكن لا مضاعفات له على الصحة بشكل عام ما لم تزدد الحالة سوءاً.

العلاج: إن ممارسة التمارين الرياضية لتقوية أو تنشيط عضلات الحوض بعد الولادة، تمنع هبوط الرحم والمهبل. وفي حالة حدوث الهبوط هناك الكثير الذي يمكن عمله لتحسين وضعية الرحم الهابط، كتخفيف الوزن في حالة البدانة، وتناول طعام يحوي كثيراً من الألياف بحيث يتم التغوط بدون جهد، وتجنب الإمساك. ويمكن تقوية عضلات أرضية الحوض بممارسة بعض التمارين لعدة دقائق في كل يوم، وذلك بشدهم وإرخائهم على التوالي، كما لو كانت المرأة تحاول قطع سيلان البول في نصف سيلانه.

إذا لم يحصل تحسن، ينصح الطبيب بإجراء جراحة لتصحيح الهبوط، أو يلجأ إلى تثبيته بواسطة فَرْزَجَة (Pessary)، وهو جهاز يغرز داخل المهبل لتقوية الرحم. فإذا وضعت المصابة هذا الجهاز ثم حدثت أية حرقة أو حكة أو حصل إمساك أو عدم قدرة على التبول، أو لاحظت أي نزف مهبلي، يجب إخبار الطبيب دون تأخير.

انقلاب الرحم نحو الخلف (Retroversion of the uterus)

يقع الرحم خلف المثانة مباشرة، وفي الحالة الطبيعية يميل نحو الأعلى والأمام، ولكن، عند (20%) من النساء، نجده ينحني نحو الأسفل وباتجاه الخلف ويتوضع قرب القناة الشرجية، فيصبح متراجعاً أو مائلاً أو منقلباً (انظر الشكل). هذا الوضع ليس مرضاً، ويكون في كل الحالات تقريباً، بلا أعراض ولا يتطلب علاجاً، لكنه، أحياناً، يسبب ألماً في الظهر خاصة أثناء الدورة.

في بعض الحالات النادرة جداً يحصل ألم أثناء الجماع، فإذا رأى الطبيب أن هذا الألم لا يسببه مرض حوضي آخر، فإنه ينصح، عندها، بدفع الرحم، وبشكل مؤقت، إلى مكانه الطبيعي بواسطة فَرْزَجة (وهي جهاز يدخل في المهبل)، فإذا خفف هذا الإجراء من الألم، فإنه ينصح بإجراء عملية، تدعى تثبيت الرحم البطني، لتحريك الرحم بشكل دائم إلى موقع جديد.

وضع الرحم في حالة الانقلاب

وضع الرحم في الحالة الطبيعية

تآكل عنق الرحم (Cervical erosion)

تتركب بطانة عنق الرحم الداخلية من نسيج أحمر ناعم مخاطي الإفراز يدعى الظهارة العمودية، تتغير، عادة، عند فم العنق، إلى نسيج أقوى زهري اللون يدعى الظهارة الحرشفية، (أو القشرية)، تغطي خارج العنق وتبطن المهبل. تآكل عنق الرحم يعني أن بطانة عنق الرحم الداخلية الناعمة تغطي جزءاً من القسم الخارجي من عنق الرحم حيث تفرز بشكل طبيعي كمية قليلة من المخاط، وهو ليس تآكلاً بالمعنى الحرفي للكلمة، لأن المنطقة لا تكشط بالحك، ولا تتآكل.

عنق الرحم

جوف المهبل

جدار المهبل

يحدث تآكل عنق الرحم عندما تنتشر بعض الخلايا، التي تشكل البطانة الناعمة للجزء الداخلي من عنق الرحم - وهو الفوهة الواصلة بين الرحم والمهبل - لتغطي ذروة عنق الرحم في أعلى المهبل.

ولكن نظراً لحساسية البطانة الداخلية الناعمة فإنها تكون أكثر عرضة للإصابة بالأخماج، ولذلك فإن بعض حالات تآكل عنق الرحم تحتاج إلى علاج.

تتعرض بعض النساء بشكل طبيعي، لتآكل عنق الرحم، في حين يحدث هذا التآكل عند البعض الآخر أثناء الحمل، أو بعد الولادة، أو في فترة تناول موانع الحمل عن طريق الفم، وتتغير شدة الحالة مع الوقت.

العلاج: طالما أنك تقومين بإجراء أخذ لطاخة (Pap) (ص 795) التي تكشف وجود أية مشكلة خطيرة، فلن تكوني بحاجة إلى عمل أي شيء ما دامت نتيجتها سليمة. ولكن إذا حصل لك نجيج مهبلي غزير أو نزف بعد الجماع فراجعي طبيبك، وهو سيتأكد من وجود تآكل في عنق الرحم، وسيأخذ لطاخة (Pap) ليرى إن كان عندك ثَدَن عنق الرحم أيضاً (الفقرة التالية)، كما يأخذ أيضاً مسحة من المادة من أعلى المهبل للكشف عن أي خمج محتمل.

يمكن التخلص من بطانة الرحم الممتدة (حسبما وصفناه)، والتي تشكل تآكلاً في عنق الرحم، بواسطة الكي أو التدمير عن طريق الحرارة أو بعض المواد الكيماوية. يكون الكي غير

مؤلم ويجرى في عيادة الطبيب، عادة، وفي خلال أسبوعين أو ثلاثة بعد الكي تلاحظين وجود إفرازات مائية غزيرة بينماتبرأ النسج.

ثَدَن عنق الرحم (Cervical dysplasia)

عند بعض النساء المصابات بحالة تآكل عنق الرحم (الفقرة السابقة)، يتفاعل الغشاء الأحمر الناعم، الموجود على جزء من منطقة خارج الرحم، مع المخاط الحامضي المنتج في المهبل، ويتحول إلى غشاء زهري أثخن يبطن المهبل. هذا التغير في نوعية الغشاء يدعى الحؤول، وهو، عادة، لا يسبب أية مشاكل، ولكن يحدث عند بعض النساء تطور غير عادي للخلايا في منطقة الحؤول (وذلك لسبب غير معروف) دون إحداث أية أعراض، وهذا ما يعرف ثَدَن (خلل تنسج) عنق الرحم. معظم هذه الحالات لا تعرض الصحة العامة للخطر، ولكن هناك خطراً من أن أنواعاً معينة من الثَدَن قد تتطور إلى سرطان عنق الرحم (الفقرة التالية)، لذلك تكون الفحوصات الدورية النظامية لعنق الرحم هامة جداً للكشف عن هذه التغيرات في مرحلة باكرة وقبل تسرطنها.

العلاج: على المرأة أن تجري فحصاً دورياً بواسطة لطاخة (Pap) (ص 795). فإذا تبين، بهذا الإجراء، وجود خلايا غير عادية فإنها تكون بحاجة إلى إجراء تنظير مهبلي بواسطة منظار المهبل الذي هو أداة خاصة ذات عدسات مكبرة يمكن تثبيتها داخل المهبل بحيث يمكن إجراء الفحص بدقة وتحديد أي نسيج له مظهر غير عادي ومن ثم أخذ خزعة منه وفحصها، وتعتمد ضرورة المعالجة على مدى تقدم الثَدَن الموجود.

في حال أظهر المنظار أن في البطانة، التي تبطن عنق الرحم، تغيراً سرطانياً باكراً أو محتملاً فيجب عندئذ إزالة النسيج أو تدميره، ويمكن عمل ذلك، عادة، عن طريق علاج بأشعة اللايزر. في معظم الحالات يكون هذا النوع من العلاج أنجع من الاستئصال الجراحي للمنطقة، ويسمح بشفاء أسرع وله القليل من التأثيرات الجانبية. كما يمكن العلاج أيضاً باستخدام الكي بالحرارة أو بالكهرباء أو بالمواد الكيميائية لتدمير النسج. ولكن إذا امتد النسيج غير العادي إلى أعلى في قناة عنق الرحم فيلزم أخذ خزعة مخروطية. وفي حالات نادرة جداً تؤدي الخزعة المخروطية إلى تكرار حوادث الإسقاط (لاحقاً)، لذلك يجب ذكر هذا الأمر للطبيب، إذا حدث حمل لاحق لأخذ الاحتياطات اللازمة مخافة الإسقاط.

في حال إصابة المرأة بالثَدَن، وكانت غير راغبة بالإنجاب، خاصة إذا كان حيضها مؤلماً أو غزيراً، فينصح باستئصال الرحم (ص 789) لتجنب أية مضاعفات سرطانية.

بعد علاج ثَدَن عنق الرحم يجب إجراء لطاخة (Pap) (ص 795) مرة في كل ستة أشهر ولمدة سنتين متتاليتين، ثم بعد ذلك مرة واحدة في كل سنة بحيث يتم الكشف باكراً عن أي انتكاس، ومن ثم علاجه على الفور.

سرطان عنق الرحم (Cancer of the cervix)

ينمو هذا النوع من السرطان، غالباً، عند النساء اللواتي لم يُعالجن من تَدَن عنق الرحم (الفقرة السابقة)، فإذا لم يكتشف ويعالج فإنه ينتشر تدريجياً نحو العمق في نسيج عنق الرحم والرحم والغدد اللمفاوية المجاورة.

الأعراض: هناك عرضان رئيسيان هما الإفرازات الدموية المائية، وتكون غزيرة وذات رائحة عفنة، ووجود نزف مهبلي بين الدورات الشهرية وبعد الجماع أو بعد الإياس، ثم فيما بعد يحدث ألم في الظهر وتعتل الصحة بشكل عام.

المضاعفات: على الرغم من أن سرطان عنق الرحم أحد أكثر السرطانات التي تصيب النساء، لكنه مرض غير شائع، إذ يحدث، غالباً، بعد سن الأربعين؛ وينتشر إلى كافة أنحاء الجسم، ومن ثم يسبب الموت، إلا إذا تم اكتشافه باكراً فيمكن علاجه وشفاؤه بشكل كامل.

العلاج: على المرأة أن تراجع طبيبها بشكل نظامي، على الأقل، مرة (أو أكثر) في كل ثلاث سنوات، من أجل إجراء فحص لطاخة (Pap) (الفقرة اللاحقة)، علماً أن إجراء هذه اللطاخة، بشكل نظامي، ضروري، خاصة، للنساء اللواتي يتناولن حبوب منع الحمل لأكثر من أربع سنوات، وهو ضروري أيضاً في إحدى الحالتين التاليتين: إذا بدأت المرأة ممارسة الجنس في عمر مبكر جداً أو إذا كان أحد الزوجين، يمارس الجنس مع عدة شركاء. إن أهمية لطاخة (Pap) لا تكمن فقط بأنها تكشف السرطان، ولكنها تساعد على منعه عن طريق كشف التغيرات ما قبل السرطانية في خلايا عنق الرحم والتي يمكن تدميرها فيما بعد.

إذا أصيبت المرأة بأحد الأعراض المذكورة سابقاً عليها مراجعة الطبيب، فقد تكون الأعراض ناتجة عن مرض ثانوي. فإذا شك الطبيب بأمر ما، فإنه سيجري فحص اللطاخة المذكورة ويأخذ خزعة من عنق الرحم لفحصها مجهرياً، فإذا أظهرت هذه الفحوصات وجود سرطان، فمن الضروري أن يجرى للمرأة تجريف وتوسيع (ص 786) للكشف عن مدى انتشاره.

يعالج سرطان عنق الرحم، عادة، باستئصال الرحم مع عنقها والمبيض وقناتي فالوب (ص 789)، و/ أو معالجة بالأشعة، علماً أن فرص علاج وشفاء سرطان عنق الرحم، الذي لم ينتشر أبعد من ذلك، جيدة جداً وأفضل من فرص علاج السرطانات الأخرى، ولكن بعد هذا العلاج تُصبح المرأة عقيماً.

حتى ولو لم تستأصل الأعضاء التناسلية، فإن العلاج بالأشعة يخرب الدورة الشهرية، وعند الشابات يسبب العلاج ظهور أعراض الإياس، كما يسبب تضيق وقصر المهبل، ولكن يمكن تصحيح ذلك عن طريق الجماع المنتظم مع استعمال مادة هلامية مزلقة، وبعد عدة شهور من المعالجة الشعاعية يحدث صعوبة في مسك البول، وإسهال خفيف، ثم فيما يلي ذلك يجب إجراء فحوصات دورية نظامية لمدة خمس سنوات على الأقل.

فحص الحوض واختبار لطاخة (Pap)

يجري فحص الحوض كجزء من الفحص الجسمي الروتيني خاصة إذا كانت المرأة تتناول موانع حمل عن طريق الفم، أو إذا كانت تعاني من مشاكل نسائية. وعادة، يكون الفحص غير مؤلم إذا لم تشد عضلات الحوض (أثناء الفحص). ولإجراء هذا الفحص يجب أن تستلقي المرأة على ظهرها، على الطاولة، مع ثني ركبتيها، ثم يتم إدخال أداة تدعى المنظار في المهبل لإبقائه مفتوحاً، بينما يستعمل الطبيب ضوءاً للنظر إلى عنق الرحم وجدار المهبل ورؤية إذا كان هناك خلل ما. تؤخذ عدة خلايا من عنق الرحم وترسل إلى المخبر حيث يتم فحصها مجهرياً للكشف عن وجود سرطان محتمل أو أي حالات يمكن أن تتطور إلى سرطان، لذا يجب أن يجرى هذا الفحص مرة على الأقل كل ثلاث سنوات، ويدعى هذا الفحص لطاخة (.Pap) على اسم مكتشفه باباني كولاو (G.N.Papanicolaou) . بعد أخذ الخلايا لفحصها، يزيل الطبيب المنظار ويدخل أصبعي يد واحدة بقفاز إلى المهبل ويتحسس برفق أي خلل في الرحم أو المبيضين كما يفحص المستقيم أيضاً. تظهر نتائج الفحص بعد عدة أيام فإذا كانت سلبية فذلك يعني أن الخلايا عادية ولا توجد أية مشكلة، أما إذا كانت إيجابية فذلك يعني أنها غير عادية وهناك مشكلة قائمة، وفي حال كانت النتيجة غامضة أو غير أكيدة فيجب إعادة الفحص كل ثلاثة أشهر إلى أن يظهر شيء محدد يمكن الإقرار به.

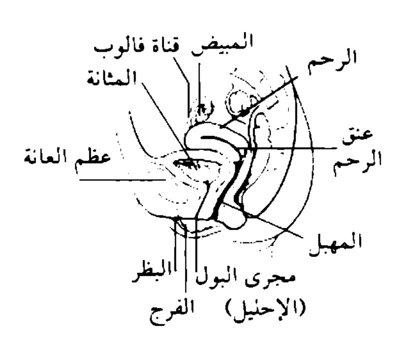
سليلات عنق الرحم (Cervical polyps)

سليلات عنق الرحم (البوليب) هي نمو يشبه عنقود العنب في النسيج المنتج للمخاط الذي يبطن داخل عنق الرحم. تنمو هذه السليلات، عادة، بشكل منفرد، إلا أنه يمكن أن تكون مضاعفة، وتنمو لتصبح بحجم (2) سنتيمتر، وتسبب، عادة، نجيجاً مهبلياً غزيراً ذا قوام مائي وممزوج بالدم، وأحياناً أخرى تسبب نزفاً بين الدورات الشهرية أو بعد الجماع أو بعد الإياس (ص 775). إن سليلات عنق الرحم شائعة نوعاً ما وخاصة عند النساء اللواتي لم ينجبن.

العلاج: إذا أصابتك الأعراض المذكورة هنا فاخبري طبيبك فوراً، علماً أن سليلات عنق الرحم ليست مؤذية ولكنها تسبب أعراضاً مشابهة لأعراض سرطان عنق الرحم (ص 794)، لذلك ننصحك بمراجعة طبيبك فوراً، الذي سيفحصك وسيجري لك اختبار لطاخة (Pap) (الفقرة السابقة)، فإذا تم الكشف عن نمو سليلة فسيتم إزالتها بإجراء بسيط وغير مؤلم، أما إذا كانت السليلة تسبب نزفاً غير منتظم، بالإضافة إلى النجيج، فإنك ستحتاجين إلى توسيع وتجريف (ص 786) للتأكد من عدم وجود أي اضطراب آخر خطير يسبب النزف، وبعد أن تُستأصل السليلة فإنها لا تنمو من جديد ولا تسبب أية مشاكل أخرى.

- 4 -

المثانة والإحليل عند النساء (Bladder and urethra in women)



المثانة هي محفظة ذات جدران عضلية متوضعة في القسم الأسفل من البطن، فوق عظم العانة تماماً، وتلامس السطح السفلي للرحم. من الكليتين، يمر البول ببطء عبر قناتين ضيقتين تدعيان الحالبين إلى المثانة حيث يتم تخزينه، وأخيراً يطرح إلى الوسط الخارجي عبر ممر خاص هو الإحليل، الذي تقع فتحته الخارجية فوق فتحة المهبل.

التهاب المثانة عند النساء (Cystitis in women)

دائماً، تسبب التهاب المثانة عند المرأة جراثيم تدخل إليها عبر الإحليل فتخمجها، هناك عدة مشاكل أخرى خاصة بالمجاري البولية لها أعراض مشابهة لهذا الالتهاب منها التهاب الإحليل المزمن، وتهيج المثانة (البحث التالي).

الأعراض: إذا أصيبت المرأة بالتهاب في المثانة فإنها ستشعر بحاجة متكررة للتبول، ولكن، عند المحاولة، لا تخرج إلا كمية قليلة من البول، ربما عدة قطرات فقط، ويكون له رائحة قوية، وقد يحوي دماً، ويحدث شعور بالحرقة أثناء مروره بالإحليل. وقد تصبح الحاجة للتبول في بعض الأحيان ملحة جداً بحيث لا تستطيع المرأة السيطرة عليها، ويدعى ذلك سلس البول، وقد تصاب بارتفاع في درجة الحرارة وبألم في أسفل البطن وأسفل الظهر.

المضاعفات: التهاب المثانة شائع جداً وتصاب به معظم النساء في وقت ما من حياتهن، وهو أكثر شيوعاً، بشكل خاص، بعد الزواج وأثناء الحمل، خصوصاً في الأشهر الأولى، وهو مزعج ومتعب ولكنه لا يعرض الصحة العامة للخطر. وفي حالات قليلة، إذا لم تتم معالجته، فإنه ينتشر صعوداً عبر الحالبين إلى الكليتين (راجع التهاب الكلية والحويضة ص 644).

العلاج: لا بد من إجراء فحص للبول، لتشخيص التهاب المثانة، ولإجراء ذلك يجب أولاً، غسل الفرج جيداً بالماء والصابون (أو تنظيفه بأية طريقة أخرى). بعد الجلوس على المرحاض (أو بعد جلوس القرفصاء) باعدي بين الشفرين الكبيرين بأصابع يد واحدة، ثم، وفي منتصف عملية التبويل، ضعي كمية قليلة من البول في الوعاء، علماً أن كل هذه الإجراءات الوقائية لكي لا يحمل البول معه الجراثيم المتواجدة في المنطقة، لأن المطلوب معرفة الجراثيم المتواجدة داخل المثانة فقط، وبعد ذلك، يتم إرسال هذه العينة إلى المخبر للتحليل ولتحديد العوامل المسؤولة عن الخمج ومعرفة الأدوية الفعالة في علاجها.

العلاج الذاتي: ينصح بشرب الكثير من السوائل (الماء خاصة)، وننصح بشرب كوبين من الماء صباحاً على الريق وقبل تناول أي شيء بمدة ساعة على الأقل، مع محاولة تفريغ المثانة تماماً في كل عملية تبول واتباع إجراءات العلاج الذاتي المبينة في التهاب الإحليل المزمن (الصفحة التالية)، وكذلك تنشيف الفرج، دائماً، من الأمام إلى الخلف (باتجاه الشرج) ومن المفيد كذلك إفراغ المثانة على الفور بعد الجماع.

العلاج الاختصاصي: يقوم الطبيب بوصف المضادات الحيوية أوعقاقير أخرى بعد اطلاعه على نتيجة فحوصات عينة البول، وهذا كافٍ للشفاء عادة. أما إذا تكررت أخماج المثانة فستضطر المرأة لإجراء فحص لعينات بول أخرى، وفي بعض الأحيان، قد يكون من الضروري إجراء صورة أشعة للكليتين والمثانة وللحويضة والحالب داخل الوريد أو (IVP) وكذلك تنظير مثانة، فإذا أظهرت هذه الفحوصات والاستقصاءات خللاً في المجاري البولية فسيتم معالجة ذلك الخلل وإصلاحه. أما إذا لم يظهر أي خلل فسيشير الطبيب باستعمال المضادات الحيوية لمدة شهر أو أكثر، وهذا كفيل بحل المشكلة عادة، ولكن من المألوف أن التهاب المثانة ينكس ويعاود غالباً.

سلس البول بسبب الإجهاد (Stress incontinence)

عند قاعدة البطن، توجد طبقة من العضلات تعرف بعضلات أرضية الحوض. تدعم هذه العضلات، فيما تدعم، قاعدة المثانة وتغلق أعلى الإحليل، وهو القناة القصيرة التي يمر فيها البول من المثانة إلى الوسط الخارجي. في حالة سلس البول بسبب الإجهاد، تضعف عضلات أرضية الحوض، فإذا وقع عليها أي ضغط ما، حتى ولو كان بسيطاً، بسبب سُعال أو ضحك، أو رفع شيء ما، على سبيل المثال، فلا تستطيع المصابة، حينئذٍ أن تمنع خروج بضع قطرات من البول إلى الوسط الخارجي علماً أن ذلك يحصل بشكل لا إرادي، ولا يحدث إلا عندما تكون العضلات مجهدة فقط وليس في حالة الاسترخاء أو النوم.

المضاعفات: تضعف عضلات أرضية الحوض بسبب الولادة والبدانة، ويزداد ضعفها مع تقدم العمر.

العلاج: لدى مراجعة الطبيب سيطلب أخذ عينة من البول لفحصها ومعرفة فيما إذا كانت المرأة مصابة بخمج في المجاري البولية، يساعد على تفاقم الحالة، كما ستحتاج إلى صورة أشعة للمثانة وهي فارغة من البول.

يتألف علاج سلس البول بسبب الإجهاد، عادة وبشكل رئيسي، من تمارين تقوية عضلات أرضية الحوض. على المرأة البدينة التخفيف من وزنها. فإن لم تشف المصابة بعد تطبيق هذين الإجراءين، فهناك طريقتان أخريتان للعلاج هما: إجراء عملية جراحية لشد عضلات أرضية الحوض، أو كبديل ينصح الطبيب الأخصائي بوضع فرزجة مصممة خصيصاً

للمرأة المعنية، أو داعم حوضي، داخل المهبل أثناء النهار، وطبعاً لا بد دائماً من علاج خمج المثانة إن وجد.

تهيج المثانة (Irritable bladder)

في هذه الحالة تتقلص المثانة دون أن تتمكن المريضة من السيطرة عليها، إذ تشعر فجأة أنها بحاجة للتبويل، إلا أن كمية قليلة من البول تخرج قبل أن تصل إلى الحمام (المرحاض)، وكذلك فإنها تستيقظ، من نومها وتسرع للتبول.

سبب تهيج المثانة عند بعض الناس مازال مجهولاً ولكنه يحدث، أحياناً، مصحوباً بسلس بول بسبب الإجهاد (الفقرة السابقة)، أو بهبوط الرحم أو المهبل (ص 790) أو يحدث بسبب خمج في المجاري البولية (ص 644)، علماً أنه اضطراب غير خطير، لكنه متعب.

العلاج: عند مراجعة طبيبك لهذا العارض فإنه سيطلب إجراء فحص بول للتأكد من وجود أو عدم وجود خمج في المجاري البولية، كما سيطلب إجراء صورة شعاعية للمثانة وهي فارغة من البول وكذلك سيفحص منطقة داخل المثانة بواسطة التنظير. وبعد أن يتأكد من السلامة وصحة التشخيص بأنه تهيج مثانة، سيطلب من المريضة حبس بولها في كل مرة بقدر ما تستطيع، بغية تمرين عضلات المثانة وتقويتها، كما سيعطيها دواءً يساعد على استرخاء عضلات المثانة وتخفيف نشاط الأعصاب المسيطرة على التقلص الحادث.

التهاب الإحليل المزمن (Chronic urethritis)

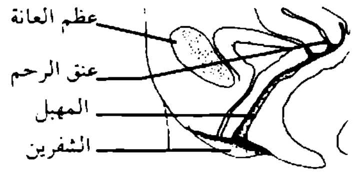
تشابه أعراض هذا الالتهاب أعراض التهاب المثانة (ص 649)، غير أنها تدوم لمدة يوم واحد أو يومين. يمكن أن يحدث التهاب الإحليل المزمن بسبب الاحتكاك الذي يحصل أثناء الجماع، خاصة إذا لم تكن المرأة مسترخية أثناء الممارسة، (ولهذا تدعى هذه الحالة أيضاً التهاب مثانة «شهر العسل»)، كما يسببه أيضاً إجراء غسولات مهبلية بسوائل معينة، لكن السبب الأكثر شيوعاً لحدوثه هو الخمج الذي يحدث غالباً بسبب الإصابة بالمتدثرات (ص 744)، وأحياناً لا يمكن تحديد الكائنات الحية المسببة له.

العلاج: لدى استشارة الطبيب سيطلب إجراء فحص لعينة من البول، فإن تبين أن سبب الإصابة هو وجود خمج، فذلك يمكن معالجته بنجاح بالمضادات الحيوية، ولكن في بعض حالات التهاب الإحليل المعاود لا يكشف فحص البول عن كائنات حية مجهرية محدثة للخمج. فإذا كانت هذه حالتك فجربي الطريقة التالية: قبل أن تباشري الجماع، اشربي كأساً من الماء، واستعملي مطري ذؤوب إذا شئت، ثم وبعد الجماع مباشرة قومي بتفريغ مثانتك كلياً.

- 5 -

المهبل والفرج (Vagina and vulva)

الفرج هو المنطقة أو الجزء المتواجد حول فتحتي جهاز البول وجهاز التناسل الأنثويين، ويتألف من طبقتين من النسج (الشفران الكبيران والشفران الصغيران) تقعان على جانبي فتحتي الإحليل والمهبل. كما يوجد في الفرج، أيضاً، البظر والغدد المفرزة للدهون المطرية (المزلجة). والمهبل هو الممر الكائن بين الفرج والرحم.



أنسجة الفرج مشابهة لأنسجة الجلد ومعرضة لمشاكل جلدية مختلفة، كالثآليل أو الحكة الشديدة وغيرها. تنتج بطانة المهبل وغدد الفرج سائلاً صالحاً جداً لنمو الكائنات الحية وإحداث الأخماج، كما يمكن للأورام السليمة أو الكييسات أن تنمو في الفرج، وهذه يمكن معالجتها جراحياً بشكل فعال، أما سرطان الفرج فهو نادر ويعالج كذلك جراحياً.

أخماج المهبل بالفطور المخمِّرة (داء المبيضات) (Vaginal yeast infections)

يحدث خمج المهبل هذا عندما تنمو فطور المبيضة البيضاء (Candida albicans) في المهبل، مع العلم أنه يتواجد، عند بعض النساء، أعداد بسيطة من هذه الفطور في المهبل، دون أن تسبب أعراضاً. فإذا تغير حال المهبل وأصبح أكثر ملاءمة لها، فإنها تبدأ بالنمو كما تبدأ أعراض الإصابة بالظهور.

يحتوي المهبل، بشكل طبيعي، على جراثيم غير مؤذية تتحكم بالفطور وتبقيها تحت السيطرة، وأي إجراء يقتل هذه الجراثيم يؤدي إلى تزايد تلك الفطور، والشيئان اللذان يقتلان تلك الجراثيم هما بخاخ (Spray) الصحة الأنثوي وأحياناً استعمال المضادات الحيوية. وبشكل مشابه، عندما تحدث تغيرات هرمونية أثناء الحمل أو بسبب تناول موانع الحمل عن طريق الفم، تتغير بيئة المهبل مما يسمح للخمج بالتطور. والمصابات بداء السكري أيضاً معرضات، بشكل خاص، للإصابة بداء المبيضات، مع العلم أن إصابات الفطور ليست خطرة.

الأعراض: أهم الأعراض هي حكة وتهيج المهبل وانتفاخ واحمرار الفرج، وتلاحظ المصابة وجود نجيج أبيض اللون ذي قوام كثيف وغير طبيعي، كما تعاني من بعض الألم أو الحرقة أثناء الجماع، وتميل إلى التبول بشكل متكرر وأكثر من الطبيعي، كما تشعر بوخزة أو حرقة عند مرور البول.

العلاج: ينصح بعدم ارتداء الملابس الداخلية المصنوعة من النايلون، فالنايلون (غير القطن) يعطل تهوية المنطقة مما يجعلها رطبة ودافئة وصالحة لحدوث الأخماج. كما ينصح

بعدم استعمال بخاخ الصحة الأنثوي، أوأية مساحيق، وبعدم إجراء غسيل مهبلي (دوش مهبلي) أكثر من مرة واحدة في كل أسبوع.

لدى مراجعة الطبيب سيأخذ عينة من المادة داخل المهبل للتأكد من وجود أخماج فطرية، فإذا ثبت له ذلك فسيكون العلاج باستعمال مضاد للفطور على شكل تحاميل مهبلية أو مرهم مهبلي، والاستمرار في هذا العلاج لمدة أسبوع واحد ينهي المشكلة عادة، لكن إذا عاودت الهجمات من جديد فسينصح الطبيب الزوج أن يستعمل مرهماً خاصاً يضعه على قضيبه، ويعطي الزوجين، معاً في وقت واحد، حبوباً خاصة يستعملانها حتى يتم شفاؤهما سوياً، ولا تعود العدوى تنتقل من أحدهما إلى الآخر.

التهاب المهبل بالمشعرات المهبلية (Trichomonal vaginitis)

هو خمج يصيب المهبل تسببه كائنات حية صغيرة وحيدة الخلية تدعى المشعرات المهبلية، وتشابه أعراض هذا الخمج أعراض الخمج بالفطور (الفقرة السابقة). ومن الممكن أن يصاب المهبل بالخمجين معاً في وقت واحد، ويكون نجيج المهبل المصاب بهذا الخمج كثيفاً (متماسكاً) ذا رائحة كريهة ولون أخضر مصفر.

هذا الخمج شائع عند النساء، ولكنه غير خطر، ويسبب تخريشاً وألماً. وحيث أنه ينتقل بالممارسات الجنسية فمن المحتمل أن يصاب به الزوج أيضاً دون أن يسبب له أية أعراض، وفي حال كان الرجل مصاباً به فإنه ينقله لزوجته مرة ثانية.

إذا عانت المرأة من الأعراض السابقة، فإن طبيبها سيأخذ عينة من المادة من داخل الرحم لفحصها مجهرياً، وبعد ما يتأكد من التشخيص فإنه سيصف دواءاً فعالاً، مع التذكير أنه حتى يتم الشفاء يجب علاج الزوجة وزوجها في وقت واحد.

الحكة الفرجية (Pruritis vulvae)

الحكة الفرجية هي الشعور بحكة في الفرج غير مترافقة مع أي اضطراب آخر، كالخمج، أو الأرجية، أو أي حالة جلدية عامة، وتحدث غالباً للفتيات قبل البلوغ، والنساء بعد الإياس (ص 775). ومن المعتقد أن هذا المرض له علاقة بإنتاج الهرمونات الجنسية وخاصة انخفاض مستوى الأستروجين (Estrogen) الذي يحدث عادة عند الإياس، كما أنه يشاهد أيضاً عند النساء المصابات بداء السكري.

الأعراض: تصبح منطقة المهبل حساسة جداً وسهلة التخريش وحاكة بشدة، وقد تصبح جافة ومتقشرة، خاصة أثناء الجماع، كما يشاهد نجيج أبيض اللون قليل الكثافة.

المضاعفات: حكة الفرج شائعة وخاصة عند النساء فوق الخامسة والأربعين من العمر، ولا يوجد خطر مباشر نتيجة الإصابة بهذه الحالة، لكن هناك مضاعفات ظهور بقع جلدية بيضاء

غير طبيعية تدعى الطَلَوان (أو الطلاوة Leukoplakia) تتشكل في المنطقة المتهيجة، مما يوحي بوجود إمكانية ضعيفة لتطور الحالة إلى سرطان الفرج.

العلاج: من المهم عدم هرش المنطقة كثيراً أو تخريشها من كثرة الحك، لأن ذلك يؤدي إلى ازدياد التقشر والتهيج سوءاً، وينصح الطبيب بالتنظيف بالماء الجاري والصابون غير المعطر مرة واحدة في كل يوم (ليس أكثر)، ودهن مرهم مطري على المنطقة، وعدم استعمال المساحيق فوق المنطقة الحاكة ولا بخاخ الصحة الأنثوي، لأن كل هذ المستحضرات تزيد من حدة التهيج، لكن استعمال المطريات كالمراهم الذؤوبة تساعد أثناء الجماع، وكذلك ارتداء ملابس داخلية قطنية مع تجنب ارتداء الملابس الضيقة (بنطال أو كولون). فإذا لم تتحسن الحالة في خلال أسبوعين، على المرأة المصابة مراجعة الطبيب الذي سيصف لها، بعد الفحص والتأكد من الحالة مراهمَ تتضمن العقاقير الستيروئيدية أو الهرمونات. وفي حالة وجود بقع الطَلَوان فإنه سينصح بإزالتها لتخفيف خطر الإصابة بسرطان الفرج.

ثآليل الفرج (Vulval warts)

تكوّن ثآليل الجلد مناطق صغيرة تكون أحياناً حاكة، ومخموجة بالڤيروسات. وثآليل الفرج شائعة نوعاً ما، وهي كغيرها من الثآليل الموجودة على باقي أجزاء الجسم (ص 260). وحيث أنه من المعتقد أن الثآليل بمجملها تسببها ڤيروسات خفيفة العدوى، فإن ثآليل الفرج تنتقل إليه من ثآليل الأصابع، أو من الثآليل الموجودة على قضيب الزوج أو بسبب الملامسة مع منطقة تتواجد فيها الثآليل. وأكثر ما تنتشر الثآليل بسهولة في الأجزاء الرطبة من الجسم والمهملة صحياً، وغالباً تكون مترافقة مع مرض ذي نجيج مهبلي متزايد، كما تنمو الثآليل أيضاً أثناء الحمل حيث تزداد رطوبة المهبل بشكل طبيعي.

في حالة الشك بوجود ثآليل في فرج المرأة، يتوجب عليها مراجعة الطبيب ليتأكد من نوع الثآليل ومن وجود أي خمج مهبلي آخر.

العلاج: يقوم الطبيب بعلاج الثآليل الصغيرة بوضع طلاء عليها يقتل الڤيروسات، ويمكن أن يعاد استعمال هذا الطلاء بعد بضعة أسابيع. فإذا لم تنجح هذه المعالجة، أو كانت الثآليل كبيرة أو لا يمكن الوصول إليها، عند ذلك يمكن إزالتها جراحياً أو بطرق أخرى كالتجميد أو الكي الكهربائي. أما إذا كان الزوج مصاباً بالثآليل في يديه أو على أعضائه التناسلية فيجب علاجه أيضاً منعاً لحدوث العدوى من جديد.

سرطان الفرج (Cancer of the vulva)

يبدأ سرطان الفرج ككتلة صغيرة قاسية تنمو بشكل حبة، ثم تثخن وترتفع حوافها وتتقشر وتنزف وتكبر تدريجياً، وإذا لم تعالج انتشرت إلى مناطق أخرى في الجسم.

يميل سرطان الفرج للنمو بشكل بطيء جداً، لذلك يؤدي، عادة، اكتشافه ومعالجته باكراً إلى الشفاء التام.

العلاج: إذا ظهرت لديك أية كتلة أو حبة في فرجك فراجعي طبيبك فوراً، فإن شك بوجود نمو خبيث في المنطقة فإنه سيأخذ خزعة من النسيج المصاب لفحصها نسيجياً، وسيجري لك عملية توسع وتجريف (ص 786)، فإذا تأكد من وجود السرطان، فالمعالجة، عادة، تكون باستئصال الفرج، فإما أن تستأصل الكتلة النامية مع كامل المنطقة المحيطة بها، أو تستأصل الكتلة والغدد اللمفاوية في المغبن والنسج ما بين المنطقتين، وفي بعض الأحيان، تعالج المنطقة المصابة بالأشعة أيضاً.

الاعتناء بصحة المهبل

يعتقد الأطباء أن تنظيف المنطقة حول فتحة المهبل (تتضمن الشفرين الصغيرين والشفرين الكبيرين والبظر وفوهة الإحليل) يومياً بالماء الجاري والصابون، ومرة واحدة، تؤمن أفضل صحة للمهبل. أما بخاخ الصحة النسائية أو مزيل الرائحة فإنهما لا يقدمان أية فائدة. وعلى أية حال، إذا أردت استعمال بخاخ مزيلٍ للرائحة فاتبعي التعليمات الموجودة على العلبة بدقة، وتجنبي الرش مباشرة في المهبل لأن المواد الكيميائية الموجودة فيه تخرش بطانة المهبل، كما تحوي هذه البخاخات (علب الرش) أيضاً مواد كيميائية تخرش الشفرين وتسبب تفاعلاً جلدياً أرجياً، فإذا حدث لك ذلك فتوقفي فوراً عن استعمال هذه المستحضرات.

ينظف المهبل نفسه بفرز أو طرح إفرازات رطبة تجري نحو الأسفل وتزيل في طريقها الخلايا القديمة ودم الحيض، وتكون قليلة عادة ونظيفة أو بيضاء لزجة ذات رائحة خفيفة، وبعدما تخرج من المهبل وتجف على الملابس الداخلية يصبح لونها أصفر، كما تتغير كمية وكثافة (تماسك) الإفرازات أثناء الإباضة أو بين فترات دورات الحيض. أما أخماج المهبل وعنق الرحم فإنها تنتج نجيجاً أغزر وذا رائحة عفنة ويسبب حكة فرجية.

لا يُنصح باستعمال الحقن المهبلية كتنظيف روتيني إلا إذا وصفها الطبيب المختص من أجل معالجة حالات معينة من أخماج المهبل، (مع التأكيد بأن ذلك غير فعال على الإطلاق لمنع الحمل)، فقد أظهرت بعض الدراسات أن الحقنة المهبلية (الدوش المهبلي) المنتظمة تسبب انتشار الأخماج إلى داخل الرحم وقناتي فالوب، وذلك بسبب صعود الماء الملوث في المهبل المخموج نحو الأعلى، كما تزيل الحقنة المهبلية أيضاً السدادة المخاطية الواقية التي تغطي عنق الرحم وتمنع دخول الكائنات الحية إلى الرحم.

إذا وصف لك الطبيب حقناً مهبلية، فخففي ضغط السائل، أو علقي خزان الماء على ارتفاع لا يزيد عن متر واحد فوق رأسك لتجنب دخول السائل إلى الرحم. وإذا كنت تجرين حقنة مهبلية للعناية الشخصية بصحة المهبل فلا تفعلي ذلك أكثر من مرة واحدة في الأسبوع، لأن الماء وما يحمله من مواد يهيج بطانة المهبل، علماً أن بعض السوائل المصنعة تجارياً والمستعملة لهذا الغرض تسبب خللاً في التوازن الطبيعي للمهبل. أما الماء الممزوج مع الخل فإنه يقلل من هذه المشكلة، لذلك ننصحك للعناية الشخصية بصحة المهبل أن تستعملي لتراً من الماء ممزوجاً مع ملعقتين من الخل

(ويستحسن خل التفاح) لإجراء حقنتك المهبلية. **أما إذا كنت مصابة بأخماج في المهبل فلا تستعملي الحقنة المهبلية أبداً، كي لا يصعد الخمج إلى الرحم**، بل راجعي طبيبك.

وفي جميع الأحوال، لا تجري حقنة مهبلية أبداً ولمدة ثلاثة أيام قبل مراجعة طبيبك، لأن ذلك يزيل الإفرازات الموجودة في المهبل والتي تساعد على تشخيص الحالة بشكل أفضل.

العناية أثناء الحيض

الرائحة: لتجنب رائحة الحيض أثناء الطمث، أكثري من تغيير الفوط أو الحشوات (Tampons) واغسلي فرجك بالماء الجاري والصابون مرة واحدة في كل يوم، وتذكري أنه لا يجدي استعمال الفوط أو الحشوات المعطرة أو المزيلة للروائح الكريهة أكثر من الغسل بالماء والصابون، إذ أن المواد الكيميائية التي تحويها هذه الفوط المعطرة تسبب أرجاً جلدياً.

الفوط والحشوات: تستطيع المرأة أن تستعمل الفوط أو الحشوات بشكل آمن ومريح وحسب رغبتها وحاجتها، مع التذكير أنه، بعد الولادة أو بعد إجراء عملية جراحية في المهبل أو الرحم أو عنق الرحم، يجب استعمال الفوط فقط وليس الحشوات لحين شفاء الجرح بشكل تام.

متلازمة الصدمة السمية: حدث هذا المرض، منذ عدة سنوات، عند بعض النساء اللواتي استعملن الحشوات المهبلية أثناء الحيض بدلاً من الفوط. في هذا الاضطراب تتجرثم الحشوة الماصة للدم بجرثومة المكورات العنقودية الذهبية (Staphylococcus aureus)، ثم تنتشر هذه الجراثيم إلى مجرى الدم عبر الغشاء المبطن للمهبل، وبعد تكاثرها فإنها تفرز نوعاً من السم يعرف بالذيفان (Toxins) مسببة متلازمة الصدمة السمية.

متلازمة الصدمة السمية مرض مهدد للحياة ويتطلب الدخول إلى المستشفى وعناية مشددة وتناول المضادات الحيوية المناسبة. ويتميز هذا المرض بظهور بقع جلدية حمراء كالشوندر وتقشر طبقة رقيقة من الجلد، كما يمكن أن تتأثر الكليتان والكبد والأمعاء والمعدة والدم والجلد بهذا المرض أيضاً.

فإذا كنتِ في فترة الحيض وتستعملين الحشوات فتأكدي من تغييرها عدة مرات كل يوم تجنباً لأية مشاكل، وتنبهي جيداً إذا أصبت بما يشبه أعراض الأنفلونزا وازدادت هذه الأعراض سوءاً بشكل سريع، وخاصة إذا صاحبها ظهور طفح جلدي، إذ يتوجب عند ظهور هذه الأعراض مراجعة الطبيب في الحال أو الذهاب إلى أقرب مشفى كحالة طارئة.

متلازمة ما قبل الحيض وتشنجات الحيض: متلازمة ما قبل الحيض هي مجموعة من الأعراض تحصل خلال الأسبوع الذي يسبق فترة الحيض عند المرأة، ويشيع، عند معظم النساء، إيلام الثديين واحتباس السوائل في الجسم قبل عدة أيام من الحيض، ولكن بعض النساء يصبن بأعراض أخرى كالصداع والهيجان والعصبية والتعب والاكتئاب والبكاء وعدم التركيز، ويحصل كل ذلك بدون سبب واضح، وقد تتكرر هذه الأعراض قبل عدة أيام من بدء كل فترة حيض (راجع التوتر النفساني السابق للحيض ص 774).

الاصطلاح الطبي لتشنجات الحيض هو الحيض المؤلم أو عسر الحيض، مع العلم أن وسائل منع الحمل داخل الرحم (IUD) وبعض الاضطرابات كورم بطانة الرحم والأورام الليفية وأخماج عنق الرحم تسبب في بعض الأحيان تشنجاً مؤلماً (راجعي عسر الطمث ص 772).

إذا عانت المرأة من متلازمة ما قبل الحيض، أو من تشنجات شديدة أثناء الحيض، فعليها مراجعة الطبيب الذي سيقوم بالتفتيش عن سبب المشكلة الخفية، مع العلم أنه لا يوجد علاج لكل امرأة أو لكل حالة، لكن الأدوية التي تتضمن الأسبرين وبعض مسكنات الألم الخفيفة الأخرى تساعد كثيراً.

فقدان الرغبة الجنسية عند المرأة

إذا تعرضت المرأة إلى حالة من عدم الرغبة الجنسية، أو الإحباط، أو عدم السعادة في تجاوبها مع النشاط الجنسي، فلتعلم أن حالتها هذه قابلة للعلاج والشفاء.

هناك عدة عوامل عند المرأة تلعب دوراً في الرغبة الجنسية والاستجابة لها، تتضمن الحالة الثقافية والتعليمية. فقد بدأت الدراسات العلمية حديثاً حول كيفية تغير جسم المرأة (كأوعية الدم والأعصاب والعضلات) أثناء الجماع والتهيج الجنسي. الصعوبة الرئيسية في فهم غياب الرغبة الجنسية تتطلب تعريفاً للسلوك الجنسي الطبيعي، مع تغير مفهوم (الطبيعي) حسب المناخ والجو الاجتماعي والثقافي والديني.

وبشكل عام، فإن قليلاً من النساء يفقدن الاهتمام بالنشاط الجنسي إما لمرض يعانين منه أو بسبب استعمالهن للعقاقير (المخدرات خاصة)، أو بسبب إصابتهن بعدم توازن هرموني، هذا لأن الأمراض التي تغير الدوافع الجنسية غالبا ما تؤثر على أجهزة الجسم الأخرى إلى حد تجعل المرأة ضعيفة جداً لتهتم بعدم الرغبة الجنسية. فالاكتئاب والإجهاد وشرب الكحول والتعب وتناول بعض العقاقير، خاصة منها المهدئات والمخدرات، كلها عوامل تؤثر، بشكل مؤقت، على الرغبة الجنسية، ونادراً ما يكون لموانع الحمل المتناولة عن طريق الفم دور في غياب الرغبة الجنسية، بالإضافة إلى وجود رادع يتعلق بالإيمان أو الأخلاق.

التهيج الجنسي عند المرأة:

قبل أن تشعر المرأة بالتجاوب جنسياً يجب تحقيق عدة أمور، وإلا فإنها ستعاني من فقدان اهتمام جنسي ثانوي. هناك متطلب وحيد للجماع وهو أن تتلقى المرأة إثارة جنسية جسمية مناسبة للمناطق الحساسة في جسمها، كحلمتي الثديين والبظر خاصة، إذا أرادت أن تمارس الجماع وتصل إلى ذروة اللذة. فممارسة الجماع تتطلب أن تفرز غدد المهبل مادة لزجة رطبة تساعد على إيلاج قضيب الرجل بسهولة، وذروة اللذة هي تقلصات لا إرادية للرحم والعضلات المحيطة بالمهبل. ومن الضروري، لتحقق المرأة ذلك، أن تكون مسترخية ومطمئنة جسمياً وعاطفياً أثناء الممارسة، إذ إن أي خوف من أي شيء، كالخوف من الحمل أو الخوف من عدم رضى الزوج، يمنع المتعة الجنسية، وقد أظهرت الدراسات أن الوقت الذي تستغرقه المرأة للإثارة يختلف من مرة إلى أخرى ومن امرأة إلى أخرى، وذلك حسب نوع المداعبة التي تفضلها المرأة. كما أن عدم التفاهم، أو عدم التوافق، بين الزوجين حول ما هو ممتع جنسياً، قد يكون سبباً في فقدان الاهتمام بالجنس، علماً أن بعض النساء يجدن صعوبة في تحقيق هذا التوافق، والبعض الآخر لا يتوصل إلى تحديد ما هو جيد ومفضل عندهن، وهذا غالباً له علاقة بالثقافة التي تعلمتها المرأة من أن على الرجل أن يتحمل مسؤولية العلاقة الجنسية والممارسة الجنسية كلها وأنه يجب على المرأة أن تكون سلبية في هذا المجال.

اضطرابات استجابة المرأة جنسياً :

إذا وصلت المرأة إلى درجة كافية من الإثارة الجنسية وكانت بحالة استرخاء وأمان جسمي وعاطفي ونفسي، وما تزال غير قادرة على التمتع بالنشاط الجنسي، فذلك يعني أنها تعاني من مشكلة خفية.

بشكل عام، هناك نوعان من هذه المشاكل:

الأول: عدم قدرة المرأة على تأدية الوظيفة الجنسية، حيث لا تفرز أعضاؤها الجنسية مادة كافية لتزليق قضيب الرجل وممارسة الجماع بشكل مريح.

والثاني: هو عدم قدرة المرأة على الوصول إلى الرعشة الجنسية رغم ممارسة عملية جنسية كاملة.

في كلا الحالتين يلعب الشعور اللاإرادي بالذنب والخجل والخوف والقلق، دوراً في الحد من الاستجابة الطبيعية للإثارة الجنسية، كلياً، أو جزئياً، فيؤثر ذلك على استجابتها للجنس، كما يلعب دوراً سلبياً في وصول المرأة إلى استجابة جنسية طبيعيةُ، عدم معرفتها بشكل كافٍ بأمور الممارسات الجنسية، وكذلك عدم رغبتها بإطلاق العنان لطبيعتها الجنسية، ولذلك، أيضاً تؤثر طبيعة العلاقة العادية بين المرأة وزوجها على قابليتها للاستجابة.

يحتاج معظم النساء إلى أن يشعرن بحب الزوج وعاطفته نحوهن ورغبته فيهن لكي يصلن إلى استجابة حقيقية كافية. فالمشاجرات العنيفة والعداء الخفي بين الزوجين وسلبية أحدهما أو كلاهما، والخوف من فقدان السيطرة، والخوف من الرفض أو الهجر، والعلاقة الزوجية السيئة والنظر إلى الذات نظرة دونية وكذلك الاضطرابات النفسية، كل ذلك يمنع استجابة المرأة جنسياً.

تفيد النساء اللواتي يعانين من عسر وظيفة جنسية تمنع ظهور مشاعرهن الجسمية الجياشة تجاه الجنس، مراجعةُ اختصاصي في معالجة الأمور الجنسية والنفسية معاً (راجع المرض النفسي الجسمي ص 343). فالأخصائيون يعلّمون المرأة كيف تمارس تمارين مصممة خصيصاً لتتعامل من خلالها مع أحاسيسها الجنسية الجسمية. ونلفت النظر إلى ضرورة أن تكون المرأة وحدها (أو مع زوجها إن رغبا في ذلك) وفي جو مريح، مطمئنة إلى كل ما يجري حولها عندما تبدأ العلاج. ويلعب إرشاد المرأة إلى ما تجهله من أمور الجنس وتصحيح شعورها النفسي تجاهه، وإعطاء تمارين تساعد على الممارسات الجنسية مع العلاج النفسي إن كان لذلك ضرورة، كل ذلك يلعب دوراً هاماً في جعل المرأة تستجيب بشكل جيد للممارسات الجنسية.

الفصل السادس عشر

مشاكل الزوجين الخاصة (Special problems of couples)

المشاكل الخاصة بالزوجين قد تغيرت نحو الأفضل بشكل ملحوظ في السنوات الأخيرة الماضية، بسبب تقدم طرق الجراحة واكتشاف عقاقير جديدة وغير ذلك.

سندرس هنا ثلاث مجموعات من المشاكل:

المجموعة الأولى: معالجة العقم وموانع الحمل: فعندما لا تستطيع الزوجة الإنجاب يتطلب ذلك معالجة عدة اضطرابات مختلفة للوصول إلى الحمل. وكذلك إذا أرادت المرأة تجنب الحمل فهناك عدة تقنيات موثوقة ومتوفرة لتحقيق ذلك، ولكل منها مساوئها وحسناتها.

المجموعة الثانية: الأمراض التي تنتقل جنسياً: وتستخدم، عادة، عبارة الأمراض الزهرية (Venereal diseases) للتعبير عن هذه الأخماج. إن الأمراض الزهرية الثلاثة الرئيسية كانت داء الزهري ـ وداء السيلان ـ والتهاب الإحليل اللانوعي، وقد اكتشف حديثاً أن بعض الاضطرابات الأخرى، من بينها داء كثرة الوحيدات الخمجي (Mononucleosis) (ص 737)، والتهاب الكبد الحاد (B) (ص 616) يمكن أيضاً أن تنتقل جنسياً، إما عن طريق الجماع نفسه أو بواسطة طرق أخرى من الاتصالات الجنسية. والأمراض التي يغطيها هذا الفصل بشكل رئيسي هي تلك التي تنتشر بشكل رئيسي بواسطة الاتصال الجنسي.

المجموعة الثالثة: معالجة المشاكل الجنسية: من المهم والمفيد أن ننظر إلى هذه المشاكل كصعوبات يقوم بحلها كلا الشريكين متعاونين، إذ أن التبادل الودي لوجهات النظر بين الشريكين مهم في هذه الحالات، وأحياناً يكون هذا النوع من الاتصال بين الزوجين هو بحد ذاته الحل لمشكلتهم.

ـ 1 ـ

العُقم وموانع الحمل (Infertility and contraception)

يبذل بعض الأزواج جهداً كبيراً في محاولة تجنب الحمل، بينما يفعل آخرون كل ما بوسعهم لإنجاب طفل. ولحسن الحظ فإن العلوم الطبية الحديثة أصبحت ذات فائدة للحالتين معاً. إن تقنيات التشخيص الحديثة، بالإضافة إلى الإجراءات الجراحية المعقدة، بإمكانها أن تقدم لمعظم الأزواج العقيمين فرصة إنجاب أطفال. وبشكل مشابه تتوافر طرائق عديدة من تقنيات موانع الحمل، ولكن، رغم ذلك، فقد لا يكون باستطاعة الأزواج اختيار ما يشاؤون

بحرية كاملة، فالحالة الصحية العامة للشخص وآرائه الدينية وإمكانية الوثوق بالعلاج والقناعة بالأمر وغيرها، كل ذلك يؤثر على اختيار أحد الزوجين لطريقة منع الحمل، كما يمكن للطبيب أن يعطي رأيه ويساعد في اتخاذ القرار الأفضل.

وفيما يلي نورد جدولاً يبين وسائل منع الحمل ونسبة فشلها المئوية:

النسبة المئوية في احتمال حدوث الحمل	الطريقة المتبعة لمنع الحمل
أقل من 1 بالمئة	موانع الحمل عن طريق الفم
%2	موانع الحمل داخل الرحم (اللولب)
%3	الواقي ـ الرِفَال ـ (غطاء الذكر المطاطي)، بالإضافة إلى مبيد النطاف
%3	الحجاب، بالإضافة إلى مبيد النطاف
%15	الواقي فقط
%15	الحجاب فقط
%25	مبيد النطاف فقط
%25	منع الحمل بالاعتماد على الطريقة الطبيعية (عد الأيام)
%90	لا يوجد موانع حمل

وسندرس لاحقاً كل هذه الطرق بالتفصيل.

العُقْم (Infertility)

في حال التخطيط لإنجاب طفل على المرأة التأكد من أنها على معرفة واسعة بأفضل طرق الحمل (راجع ص 824). فإذا لم تحمل خلال اثني عشر شهراً مع ممارستها جماعاً كاملاً، فعليها، وزوجها، مراجعة الطبيب الذي (في البداية) سيحاول أن يبين لهما أفضل وقت لممارسة الجماع، وذلك لزيادة فرص الحمل عندها، كما سيحاول معرفة فيما إذا كان هناك صعوبات جنسية تمنع الحمل، كالعنانة مثلاً، كي يتم علاجها، وسيجري لهما، أيضاً، مجموعة فحوصات. وعادة، يكون الفحص الأول هو فحص منويات الزوج مجهرياً لمعرفة عدد النطاف السليمة، فإذا كان عددها قليلاً، على الزوجين أن يعلما أن هناك عدة عوامل تخفف هذا العدد، منها كثرة ممارسة الجنس قبل إجراء الفحص مباشرة، وارتفاع درجة حرارة الخصية (لسبب ما ـ كضيق الملابس الداخلية مثلاً)، وكذلك فإن وجود دوالي الحبل المنوي (ص 756) هو أهم سبب في انخفاض عدد النطاف، لكن يمكن معالجة هذه المشكلة جراحياً لحوالي نصف الحالات التي تؤثر على الإخصاب.

إذا وجد الطبيب أن عدد النطاف السليمة طبيعي، تكون الخطوة التالية هي التأكد من صحة تأدية الجهاز التناسلي لوظيفته لدى كلا الزوجين، إذ أن على المرأة أن تطرح بيضة ليتم الحمل، والإباضة هي عملية تنضج فيها البيضة في المبيض ثم تنتقل إلى قناة فالوب

(Fallopian tube) ، ويحدث ذلك قبل أربعة عشر يوماً من بدء كل فترة حيض. بعد الإباضة ينتج المبيض هرمون البروجسترون (Progesterone) الذي يغير من تماسك المادة المخاطية في عنق وبطانة الرحم، ولهذا السبب يجري الطبيب فحصاً لعيّنة من مخاط عنق الرحم، كما يأخذ خزعة من بطانة الرحم للتأكد من حدوث عملية الإباضة عند المرأة، ويطلب أيضاً من المرأة أن تقيس درجة حرارتها في صباح كل يوم قبل النهوض من السرير، لأن ارتفاعاً خفيفاً في درجة حرارة الجسم يحدث بعد الإباضة فوراً (حوالي نصف درجة مئوية). وبطريقة التسجيل لدرجة الحرارة على هذا الشكل تستطيع المرأة أن تقدر وقت إخصابها، كما يمكن للزوجين جعل الجماع في الوقت المناسب للحمل اعتماداً على ذلك. وغالباً، ينصح الزوجان بالامتناع عن النشاط الجنسي لبضعة أيام قبل فترة إخصاب الزوجة وذلك ليتسنى تجمع عدد أكبر من النطاف بحيث يمكن زيادة فرصة الحمل.

إن لم تحصل الإباضة عند المرأة، بسبب عدم إفراز الغدة النخامية ومنطقة الوطاء للهرمونات اللازمة لتنبيه الإباضة، فإن استعمال دواء الإخصاب يحثُّ هذه الغدد على أداء عملها. ويصف الأطباء هذه العقاقير الفعالة فقط في حالات خاصة، لذا يجب اتباع تعليمات الطبيب بدقة لتجنب نتائج غير مرغوب فيها.

وبما أن الإخصاب يحدث في إحدى قناتي فالوب، فمن البديهي أنه يجب أن تكون هاتان القناتان سالمتين لتأمين تلقيح البيضة وسيرها نحو الرحم ومن ثم استقرارها في جداره. فإذا كانتا مسدودتين بسبب أخماج سابقة في الحوض فإن ذلك يمنع الحمل حتماً. فإن شك الطبيب بهذا الأمر فإنه يقوم بإجراء خاص يدعى تصوير الرحم والنفيرين شعاعياً للكشف عن المشكلة وحجمها، ومن ثم يجري جراحة يفتح فيها القناتين المسدودتين، أو يزيل العائق الموجود فيهما. أما إذا لم ينجح ذلك وبقيت قناتا فالوب مسدودتين، فقد أصبح ممكناً اليوم أن يتم إخصاب بيضة المرأة مع نطفة زوجها (مخبرياً). في هذا الإجراء يتم، جراحياً، أخذ بيضة ناضجة من مبيض المرأة وتلقيحها بنطاف زوجها في المخبر. وبعد أن يتم الإخصاب، (التلقيح)، تعاد البيضة إلى رحم المرأة حيث تنمو بطريقة طبيعية، ولكن هذه الطريقة من الإخصاب ليست متوافرة بشكل واسع وليست مضمونة النجاح دائماً.

أحياناً يتدخل الانتباذ البطاني الرحمي (ص 788) أو الالتصاقات أو النسيج الليفي الناشئ عن أخماج سابقة قديمة أو جراحة سابقة، في منع الإخصاب، ويشخص ذلك، عادة، بواسطة تنظير البطن علماً أنه يمكن معالجة هذه الالتصاقات جراحياً، إن وجدت.

إذا كان مني الرجل خصباً ولم يحصل حمل عند زوجته بسبب عدم الانتصاب أو بسبب القذف المبكر (ص 821)، فبإمكان المرأة إدخال مني زوجها في عنق رحمها بنفسها مستعينة بأداة خاصة، وفي حال انخفاض عدد النطاف عنده، يمكن تركيز النطاف أيضاً وإدخالها بنفس الطريقة.

أحياناً، يتأثر إخصاب الرجل بسبب حساسية نطافه ضد حموضة مهبل أو عنق رحم زوجته، فلا تعود قادرة على الإخصاب، وفي هذه الحالة يجب وصول النطاف مباشرة إلى الرحم.

منع الحمل

1) موانع الحمل عن طريق الفم (الحبوب):

حبوب منع الحمل هي أكثر الطرق فعالية التي تم التوصل إليها حتى الآن لمنع الحمل بشكل مؤقت. ويعرف الأطباء التأثيرات الجانبية للحبوب أكثر من أي دواء آخر، لذلك يفضل أخذ رأيهم في استعمالها، وفيما يلي سنشرح بعض التأثيرات الجانبية الحسنة والسيئة لاستعمال هذه الحبوب.

أكثر حبوب منع الحمل فعالية وشيوعاً هي الحبوب المركبة التي تحوي على هرموني البروجستوجين (Progestogen) والأستروجين (Estrogen) التركيبيين، وهي الهرمونات الأنثوية التي تتحكم بدورة التناسل، أما الحبة المصغرة (Mini-pill) فتحتوي على البروجستوجين فقط، وهي أقل فعالية من حيث منع الحمل ولكنها أفضل لصحة النساء.

تعمل حبوب منع الحمل، بشكل رئيسي، عن طريق تأثيرها في الغدة النخامية فتجعلها تتوقف عن جعل المبيضين يقومان بطرح البيوض، وكذلك تجعل من الصعوبة بمكان للنطاف أن تدخل إلى الرحم لأنها تفرز مادة مخاطية تسد فتحة عنق الرحم.

تحدد هرمونات الجنس الأنثوية الطبيعية كمية وزمن نزف الحيض، وحيث أن المبيضين ينتجان كمية قليلة من هذه الهرمونات، عندما لا يتم طرح بيضة (عند استعمال حبوب منع الحمل)، لذلك يلاحظ معظم النساء حدوث تغيرات في دوراتهن الحيضية عندما يتناولن حبوب منع الحمل، وتستغرق الدورة الشهرية (28) يوماً فقط ويكون دم الحيض أقل وفترته أقصر. وربما يكون دم الحيض قليلاً جداً بحيث قد تظن المرأة أنها لم تحض، وتتساءل فيما إذا كانت حاملاً أم لا.

بعض النساء يلاحظن حدوث نزف بين الدورات الحيضية، ويدعىٰ ذلك بالنزف المقتحم، وهو يحدث عادة، فقط عند تناول العلب الأولى من الحبوب، إلا أنه يمكن معالجته بتناول كمية إضافية قليلة من الأستروجين، عند حدوث النزف.

التأثيرات الجانبية: تتضمن التأثيرات الجانبية الهامة لتناول حبوب منع الحمل حدوث نوبة قلبية (ص 456) وسكتة دماغية (ص 288) وتجلط دم، أو تشكل خثرات دموية في الشرايين (راجع التهاب الوريد الخُثاري ص 495)، وقد قام الأطباء في الولايات المتحدة بدراسة حالة آلاف النساء اللواتي يستعملن حبوب منع الحمل لمدة عشر سنوات فاكتشفوا أن التأثيرات الجانبية نادراً ما تحدث عند النساء الشابات اللواتي هن تحت سن الثلاثين. بالإضافة إلى ذلك، أصبحت هذه الحبوب آمنة الآن أكثر مما كانت عليه في السنوات الأخيرة لأن العديد من النساء يتناولنها مع جرعات أستروجين أقل. ولقد أظهرت المعرفة الحديثة أيضاً أن النساء، ما فوق الخامسة والثلاثين، اللواتي يتناولن موانع الحمل عن طريق الفم، وخاصة إذا كن من المدخنات، هن عرضة للإصابة بنوبات القلب والسكتة الدماغية ومن ثم الموت أكثر من أولئك اللواتي لا يدخن. أما النساء اللواتي كان عندهن إصابة سابقة بالخثرات الدموية أو ارتفاع الضغط الشرياني أو داء السكري أو ورم الرحم الليفي أو سرطان الثدي أو الرحم لا ينصحن بتناول هذه الحبوب.

لحبوب منع الحمل فوائد عديدة إضافة لمنع الحمل، فقد تبين أن المرأة التي تتناول هذه الحبوب هي أقل عرضة بكثير، من غيرها اللواتي لا يتناولنها، للإصابة بكيسات المبيض (ص 784) وكتل الثدي (ص 778) وفقر الدم (ص 514) والتهاب المفاصل الرثياني (ص 720) والتهاب الحوض (ص 790) كما أنها تساعد على منع الحمل المتبذ (ص 839).

السرطان وحبوب منع الحمل: أظهرت بعض الأبحاث وجود علاقة بين حبوب منع الحمل وتطور سرطان الثدي وعنق الرحم، ولكن بعد أن خفَّف المصنِّعون من نسبة الأستروجين في الحبة المركبة فقد ضعفت العلاقة بين هذه الحبوب وسرطان الثدي، وإذا ظهر لاستعمالها بعض المضاعفات فإنها تكون بسيطة. والنساء اللواتي يتناولن الحبوب مدَّة أكثر من أربع سنوات معرضات للإصابة بسرطان عنق الرحم أكثر من اللواتي لم يتناولنها، ولكن على الأرجح أن سبب الإصابة بالسرطان هو توفر عدة عوامل مجتمعة.

على كل امرأة تتناول هذه الحبوب أن تجري فحص لطاخة (Pap) (ص 795) بشكل دوري للكشف المبكر عن سرطان عنق الرحم. وعلى عكس كل هذه السلبيات فإن الحبوب تقي المرأة من الإصابة بسرطان المبيض والرحم.

تناول الحبوب: حبوب منع الحمل سهلة الاستعمال، ويجب البدء بتناولها اعتباراً من اليوم الخامس من بدء النزف الحيضي، والاستمرار بتناولها، حبة واحدة في كل يوم وفي نفس الوقت، لمدة ثلاثة أسابيع. بعض علب الحبوب تتضمن سبع حبوب إضافية، لا تحوي أية هرمونات، يتم تناولها أثناء الأسبوع الأخير من الدورة الشهرية، وهي ذات لون مختلف عن الحبوب الواحد والعشرين الأولى وتحوي حديداً لتعويض ما تخسره المرأة من حديد أثناء الحيض. بعد تناول آخر حبة من الحبوب المتضمنة للهرمونات بيومين تقريباً ينخفض مستوى الهرمونات في الدم بسرعة ثم يحصل الحيض. إن فات المرأة تناول واحدة من هذه الحبوب فعليها، في نفس اليوم، تناول ما فاتها حالما تتذكر. أما إذا نسيت تناول حبتين أو أكثر من علبة واحدة، فعليها الاستمرار بتناول الحبوب من العلبة، على أن تستعمل طريقة أخرى لمنع الحمل لبقية الشهر إلى حين أن تبدأ بعلبة جديدة من الحبوب، مع التذكير أنه ربما يحصل لها نزف حيضي إذا فاتها تناول حبة واحدة فقط وذلك بسبب نقص الهرمونات.

لا تؤثر حبوب منع الحمل أبداً على قدرة المرأة على الحمل بعد التوقف عن تناولها؛ وعند رغبتها بالحمل يفضل أن تنتظر إلى أن تمضي عليها دورتان طبيعيتان، ثم تحاول أن تصبح حاملاً.

الحبة المصغرة:

بعد أن تتجاوز المرأة سن الخامسة والثلاثين أو إذا كان طبيبها قد نصحها بعدم تناول الحبوب المركبة، فبإمكانها تناول الحبة المصغرة، التي تحتوي على هرمون البروجستيرون (Progesterone) فقط، لذلك تكون آمنة أكثر إذا كانت هذه المرأة مصابة بارتفاع ضغط الدم الشرياني أو داء السكري أو بخثرات دموية أو أية أمراض أخرى يزيدها الأستروجين (Estrogen) سوءاً، وبما أن هذه الحبوب لا تحتوي على الأستروجين الذي يساعد في منع تساقط جدار الرحم أثناء تناول الحبوب، ربما يحدث نزف قليل في أي وقت. بالإضافة إلى ذلك، قد يمضي على بعض النساء وقت طويل من دون حدوث دورات حيضية منتظمة. مع التذكير بأن الحبوب المصغرة لا تمنع، دائماً، خروج البيضة من المبيض وأنها أقل فاعلية من الحبوب المركبة، لذلك هناك معدل اثنتين من كل مئة امرأة تستعمل هذه الحبوب تصبحان من الحوامل خلال مدة سنة من استعمالها. وينصح الطبيب عادة بالبدء بتناول

الحبوب المصغرة في اليوم الأول للحيض، ومن ثم تناول حبة كل يوم وباستمرار (دون الانقطاع عن تناولها أثناء الحيض) طالما أن المرأة لا تريد الإنجاب، ومن الضروري أن يتم تناول الحبة المصغرة كل يوم في نفس الوقت ويفضل أن يكون ذلك عند بداية المساء.

2) مانع الحمل داخل الرحم (IUD):

هذه الأداة التي يسميها الناس (اللولب)، هي قطعة صغيرة من البلاستيك المقولب متصلة بخيط، يضاف إليها في بعض الأحيان معدن النحاس أو الهرمون الأنثوي البروجستين (Progesten)، ويتم إدخالها إلى الرحم من خلال عنق الرحم، أثناء فترة الحيض، عندما يكون عنق الرحم مفتوحاً أكثر وتكون المرأة بالتأكيد غير حامل. ويعتقد أن اللولب يعمل على تغيير بطانة الرحم التي تتدخل في نمو البيضة الملقحة، وهو من الطرق الفعالة في منع الحمل حيث تصل درجة الأمان، بعد وضعه في الرحم، إلى (98%)، لكنه لا يخلو من بعض المشاكل، حيث يزداد النزف الحيضي وتزداد آلام الحيض، لذلك لا يعتبر الطريقة الأفضل لمنع الحمل إذا كانت الدورة الشهرية طويلة أو مؤلمة، كما أنه، في بعض الأحيان، تظهر بقع حمراء بين الدورات ناتجة عن نزف قطرات من الدم، وذلك أثناء الأشهر الثلاثة الأولى من وضعه داخل الرحم، وعادة يقل نزف الحيض بعد سنة أو سنتين من استعماله.

يجب أن يضع اللولب داخل الرحم طبيب خبير بذلك مستعيناً بأدوات خاصة، ويستغرق الأمر دقائق معدودة فقط، وقد يسبب قليلاً من الألم لوقت قصير إلا أنه يمكن التخلص من الألم بتطبيق بنج موضعي وقت الإدخال. مع التذكير أنه يجب استبدال اللولب الذي يحوي على النحاس أو البروجستين مرة في كل ثلاث سنوات ووضع النوع الآخر، أي استعمالها على التوالي واحداً منها في كل مرة. ويعتقد الأطباء اليوم أنه يجب استبدال اللولب، المصنَّع من البلاستيك فقط، مرة واحدة كل خمس سنوات تقريباً.

بعد وضع اللولب داخل الرحم واستقراره في مكانه، فإنه يعمل على منع الحمل ما دام موجوداً في تجويف الرحم، علماً أن الرحم يدفع اللولب باتجاه الخارج في الأشهر الأولى لوضعه، لذلك يفضل التأكد دائماً (كل يوم)، ولبضعة أشهر، من استمرار وجوده في مكانه الصحيح داخل الرحم، ويمكن أن تفعل المرأة ذلك بنفسها، وذلك بإدخال إصبعها في مهبلها وتحسس الخيط مقابل عنق الرحم. فإذا أحست أن اللولب في مكانه فذلك يعني أن كل شيء بأمان، أما إذا لامس الإصبع مادة البلاستيك مباشرة فعند ذلك يجب استبدال اللولب بآخر، أما إذا لم تشعر بأي شيء فذلك يعني أن اللولب قد انزلق إلى داخل الرحم وعليها التوقف عن ممارسة الجماع ومراجعة الطبيب للتأكد من سلامة الوضع، وبعد مضي عدة أشهر فإنها لا تعود بحاجة للتأكد من وجود اللولب في مكانه إلا مرة واحدة بعد كل دورة حيض.

يسبب منع الحمل بطريقة اللولب (IUD) ألماً تشنجياً في الرحم وازدياد النزف الحيضي، كما قد يسبب أيضاً التهاب الحوض (ص 790) والحمل المنتبذ (ص 839). والنساء اللواتي يستعملن اللولب يكن أكثر عرضة لأخماج الحوض من النساء اللواتي لا يستعملنه. وبما أن بعض الأخماج الحوضية الشديدة تؤدي إلى العقم فقد ينصح الطبيب بعدم استعمال اللولب إذا كانت المرأة راغبة بالإنجاب في المستقبل. وتشيع الأخماج أيضاً بين النساء اللواتي يستعملنه ممن هن دون العشرين من العمر، وكذلك عند اللواتي لم ينجبن أطفالاً بعد.

بما أن أخماج الحوض والحمل المنتبذ هي من التأثيرات الجانبية الخطيرة للولب لذلك يجب مراجعة الطبيب إذا أحست المرأة بألم في الحوض أو بارتفاع في الحرارة غير مفسر أو شاهدت إفرازات مهبلية ذات رائحة عفنة أو إذا ظنت أنها أصبحت حاملاً ولا يزال اللولب في مكانه.

3) الواقي المطاطي (قراب الذكر ـ الرِفال) (Condom):

الواقي المطاطي هو عبارة عن قطعة، بشكل أنبوب، مصنوعة من مطاط صحي رقيق مغلقة في إحدى نهايتيها، يُغلِّف بها القضيب المنتصب قبل ممارسة الجماع، أي يجعل القضيب المنتصب داخله بحيث يحيط به بإحكام في أثناء ممارسة الجماع. عندما يقذف الرجل سائله المنوي فإنه لا يصل إلى داخل مهبل المرأة بل يبقى داخل الواقي في نهايته الأمامية، وأثناء سحب القضيب من المهبل، بعد انتهاء الجماع، يجب مسك الواقي عند قاعدته لمنع انزلاقه وتدفق محتوياته من المني داخل المهبل. وللحصول على أعلى نسبة من الثقة بعدم الحمل يجب استعمال الواقي مع مبيد النطاف.

تتوافر الآن في الأسواق أنواع من الواقي المطاطي تم تزييتها مسبقاً بمبيد للنطاف. . وللعلم نقول إنه أصبح، اليوم، للواقي المطاطي أنواع وأشكال مختلفة مما يزيد الإثارة الجنسية، ونلفت النظر إلى أن استعمال الواقي المطاطي يفيد في الوقاية من الأمراض التي تنتقل بالممارسات الجنسية، ولكن من عيوبه أن وضعه على القضيب أثناء الممارسة يقطع متعة الجماع، كما يخفف من إحساس القضيب بالاحتكاكات مع أعضاء المرأة الجنسية مما يخفف متعة الجنس، إضافة إلى أنه يجب الانتباه جيداً لاحتمال تمزقه أثناء وضعه.

4) الحجاب وغطاء عنق الرحم:

الحجاب هو أحد أفضل الطرق فعالية لمنع الحمل، حيث يحول دون دخول النطاف إلى الرحم، وهو عبارة عن كيس مطاطي مشدود على سلك مرن بشكل إطار، وعادة يجب انتقاء الحجاب واختياره بحيث يتناسب مع شكل وحجم المهبل لكل امرأة. ومن المهم جداً أن يستعمل بشكل صحيح حتى يمنع الحمل، فيجب إدخاله في كل مرة قبل الجماع مباشرة أو بفترة لا تزيد عن ست ساعات، كما يجب وضع مرهم كيميائي خاص قاتل للنطاف عليه في كل مرة يتم فيها إدخاله، ويوضع مقدار ملعقة من هذا المرهم حول كافة حواف الحجاب وحوالي نصف ملعقة منه على مركزه قبل وضعه في المهبل. ينحني الحجاب المرن على شكل جزء من دائرة عندما ينضغط ليدخل في المهبل بينما تشكل أنواع أخرى منه سطحاً مستوياً عندما يتم إدخالها. وبغض النظر عن نوع الحجاب المستعمل، يتوجب على المرأة أو زوجها أن يتأكدا، بعد الإدخال، وعلى الفور، من أن مطاط الحجاب يغطي عنق الرحم، وأن حوافه خلف عظم العانة، لأنه في بعض الأحيان، قد تستقر حافة الحجاب على أعلى عنق الرحم مما يسمح للنطاف بالدخول إلى الرحم وحدوث الحمل.

تستعمل بعض النساء جهاز إدخال بلاستيكي خاص لوضع الحجاب في مكانه، حيث يُشدُّ على طول القضيب البلاستيكي ثم يُدفع برفق إلى داخل المهبل حتى يستقر في مكانه ومن ثم يتم سحب القضيب البلاستيكي برفق، وما زال ضرورياً التأكد أن الحجاب يغطي عنق الرحم. ويفضل معظم النساء إدخال الحجاب بأصابعهن أو بمساعدة أزواجهن ومن ثم يتأكدن من وضعه الصحيح.

وبعد الجماع، يجب ترك الحجاب في مكانه لمدة ست ساعات على الأقل لإعطاء مرهم مبيد النطاف الفرصة لقتل كل النطاف الموجودة، وإذا حصل جماع آخر قبل مضي الست ساعات فإنه يتوجب وضع المزيد من مرهم المبيد في المهبل باستعمال مِطباق (Applicator) بلاستيكي يباع مع المرهم، أما إذا كان قد مضى وقت أطول من ست ساعات على الجماع، فيتم إزالة الحجاب ومن ثم غسله، وبعد وضع المرهم عليه، كما هو الحال من قبل يعاد لوضعه في المهبل. فإذا اتبعت كل هذه الإرشادات بدقة فإن الحجاب سيكون فعالاً في منع الحمل.

أما غطاء عنق الرحم فهو كالحجاب ومصنَّع من نفس المواد لكنه أصغر بكثير منه لأنه يوضع بشكل يلتصق فيه مع فتحة عنق الرحم مباشرة أكثر من أن يملأ المهبل. وهناك عدة أنواع من أغطية العنق ولكن أكثرها استعمالاً وشيوعاً هو الذي يتصل بالعنق عن طريق الامتصاص (Suction). يجب أن يتم تركيب الغطاء بحذر وتستخدم معظم النساء هذا الغطاء بنفس الطريقة التي تستخدم فيها الحجاب، وذلك بإضافة مبيد النطاف له واتباع التحذيرات ذاتها. فإذا استعمل بنفس الدقة يكون له تقريباً فعالية الحجاب.

5) مبيد النطاف (Spermicides) :

مبيد النطاف هو مادة كيميائية تقتل النطاف، وقد تكون على شكل مرهم أو مادة هلامية أو رغوة توضع في المهبل قبل الجماع بمدة قصيرة، ثم تفقد فعاليتها بسرعة، لذلك على المرأة استخدام كمية أخرى إضافية منها لكل مرة يحصل فيها جماع. يجب استعمال مبيد النطاف مع الواقي أو مع الحجاب، وهو نادراً ما يسبب رد فعل أرجي أو حكة أو احمراراً في الأعضاء التناسلية الجنسية لأي من الزوجين.

6) الطريقة الطبيعية:

تعتمد الطريقة الطبيعية لمنع الحمل على التنبؤ بيوم الإباضة، أي اليوم الذي ستتحرر فيه بيضة من أحد المبيضين. لذلك فإن الجماع في هذا اليوم، أو قبل حوالي أسبوع، يحمل مخاطرة كبيرة باحتمال حدوث حمل، لأن النطاف تستطيع أن تعيش في جسم المرأة (أعضائها التناسلية) لمدة تبلغ حوالي ستة أيام بعد الجماع (أربعة أيام بشكل عام) ويمكن تلقيح البيضة بالنطفة في حوالي الأربع وعشرين ساعة الأولى من الإباضة.

لا تزيد نسبة نجاح الطريقة الطبيعية لمنع الحمل عن (75%) فقط، لأن دورة كل امرأة تختلف عن الأخرى ولأن دورة المرأة نفسها أيضاً تختلف بين شهر وشهر، لذلك تعتمد هذه الطريقة على الوقت المقدر للإباضة، وتعتمد أيضاً على مدى استعداد الزوجين للامتناع عن الجماع في الأيام غير الآمنة. فإذا رغبت المرأة باتباعها فإنها تحتاج للاحتفاظ بسجل لعدة أشهر لمعرفة خط الدورة البياني الخاص بها. فعند غالب النساء، تحدث الإباضة قبل أربعة عشرة يوماً من اليوم الأول للدورة.

هناك أربع طرق تستطيع المرأة حساب وقت الإباضة بواسطتها:

أ ـ طريقة قياس درجة حرارة الجسم: ترتفع درجة حرارة أغلب النساء قليلاً بعد الإباضة فوراً، ولا تعود إلى طبيعتها حتى تبدأ الدورة التالية. ومن أجل الكشف عن هذا الارتفاع في درجة الحرارة، يتوجب قياس درجة الحرارة في كل يوم مباشرة بعد الاستيقاظ من النوم، وذلك بميزان حرارة مصمم لإظهار التغيرات الطفيفة في درجات الحرارة، ثم تسجيل هذه الدرجة، تباعاً، بحيث تحصل المرأة، عند اللزوم على خط الإباضة البياني عندها.

ومن أجل منع الحمل، يجب الامتناع تماماً عن الجماع من اليوم الأول للحيض إلى ما بعد ثلاثة أيام كاملة من ارتفاع حرارة جسم المرأة. ومساوئ هذه الطريقة هي عدم امتلاك المرأة تحذيراً قبل حدوث الإباضة (أي أنها تجهل متى ستحدث الإباضة)، أو أنه من الممكن الحصول على قراءات خاطئة أو قد يكون ارتفاع الحرارة ناتجاً عن تناول الكحول أو تناول عقاقير أو بسبب الإصابة بمرض ما.

ب ـ طريقة فحص المادة المخاطية: قبل أربعة أيام من بدء الإباضة تصبح المادة المخاطية في عنق الرحم رقيقة رائقة وأكثر رطوبة وغزارة، وبمقدور المرأة تعلم كيفية فحص هذه المادة يومياً ومن ثم تحديد خط الإباضة عندها، لذا يتوجب الامتناع عن الجماع من الوقت الذي أصبحت فيه المادة المخاطية رطبة إلى ما بعد أربعة أيام حين تصبح هذه المادة كثيفة وجافة بشكل ملحوظ.

جـ ـ طريقة فحص المادة المخاطية والحرارة معاً: تتضمن هذه الطريقة فحص درجة الحرارة والمادة المخاطية معاً، وهي أكثر الطرق الطبيعية وثوقاً خاصة عند إجرائها بإشراف طبيب. يظهر لدى بعض النساء أعراض جسمية واضحة عند الإباضة، كألم في أسفل الظهر وألم في البطن، لذلك فإن أخذ هذه الأمور بعين الاعتبار، مع طريقة فحص درجة الحرارة والمادة المخاطية، معاً يحدد خط الإباضة البياني.

د ـ طريقة التقويم: هي أقل الطرق الطبيعية وثوقاً، ومن أجل تقدير وقت الإباضة، على المرأة أن تحتفظ بسجل عن أطوال دوراتها الشهرية لمدة عام كامل على الأقل. فإذا كانت هذه الدورات غير منتظمة فذلك يعني أن هذه الطريقة غير آمنة، وعليها أن تكون حذرة جداً. أما إذا كانت أطوال الدورات الشهرية تتراوح ما بين (27 ـ 29) يوماً، فذلك يعني أن باستطاعتها ممارسة الجنس خلال سبعة أيام من بدء الدورة الشهرية على أن يبدأ العد من اليوم الأول للحيض، وأثناء العشرة أيام الأخيرة من الدورة. وتعتبر الفترة الأولى (فترة السبعة أيام) أكثر خطورة واحتمالاً للحمل من الفترة الأخيرة (فترة العشرة أيام).

تعقيم الإنسان (جعله عقيماً) Sterilization

يلجأ إلى التعقيم كل من لا يرغب في الإنجاب، ويفضل معظم الأطباء تعقيم الرجل عن تعقيم المرأة لأنه أبسط وأكثر أمناً.

والتعقيم هو ببساطة إغلاق الأنابيب التي تحمل النطاف إلى البيضة، لذلك فإنه لا يؤثر على إنتاج الهرمونات الجنسية، ويبقى الرجل ينتج سائلاً منوياً يكون خالياً من النطاف، وأما المرأة فتنتج بيوضاً لكنها لا تصل إلى الرحم ويتم ذلك من دون أن تتأثر الدورة الحيضية. وهو (التعقيم) لا يؤثر على الذكورة أو الأنوثة، ولكنه أحياناً يؤدي إلى مشاكل عاطفية.

جعل الرجل عقيماً: يجعل الرجل عقيماً بعملية بسيطة يتم فيها قطع قناتي المني وهي تتطلب تبنيجاً موضعياً فقط، وتستغرق حوالي عشرين دقيقة. وبعد العملية يطلب الطبيب ارتداء زوج من الملابس الداخلية الضيقة جداً لمنع أي شعور بالشدّ أو السحب، يشعر به المعالَج عادةً لبضعة أيام بعد العملية. وتسبب العملية كدمات مؤقتة على الخصيتين والبطن والفخذين. وبما أن بعض النطاف تكون ناضجة مسبقاً في الخصيتين عند إجراء العملية، لذلك يجب استعمال وسيلة أخرى لمنع الحمل لمدة الأربعة أسابيع التي تلي العملية. وأثناء هذا الوقت يمكن أخذ عينة من السائل المنوي في مرتين يفصل بينهما عدة أيام لفحصهما، فإذا تبين أن العيِّنتين المتتاليتين خاليتان من النطاف فإنه من المؤكد أن الرجل أصبح عقيماً.

جعل المرأة عقيمة: تجعل المرأة عقيمة بعملية جراحية بسيطة، تستغرق حوالي الساعة، وأثناء العملية يحدث شقان صغيران جداً (لا يتركان لاحقاً أي أثر) تحت السرة مباشرة، ومن خلالهما يتم إدخال منظار بطن متصل بجهاز يقوم بإغلاق قناتي فالوب، بواسطة لقاطات، وحلقات بلاستيكية، أو معدنية، صغيرة جداً، أو يجرى قطع نهايتي القناتين وربطهما.

- 2 -

الأمراض التي تنتقل بالممارسات الجنسية (Sexually transmitted diseases)

إن الأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصالات الجنسية، والمسماة (الأمراض الزهرية) تسببها كائنات حية تعيش وتتكاثر في الأماكن الرطبة والدافئة، وهي غير قادرة على الحياة خارج جسم الإنسان لأكثر من بضع دقائق، لذلك نجدها تنتقل من الشخص المصاب إلى الشخص السليم فقط أثناء القيام بالعمل الجنسي. كما يوجد بعض الأمراض تنتقل أيضاً عن طريق الاتصال الجنسي من خلال الشرج، أو الفم، مثل مرض الإيدز (ص 539)، وداء السيلان (ص 815)، وداء الزهري (ص 817). أكثر الناس عرضة للإصابة بهذه الأمراض هم أولئك الذين يمارسون الجنس مع أكثر من شريك واحد.

أثناء ممارسة الجنس الشرجي ينتقل الإيدز من خلال خدوش موجودة في جدار المستقيم، وكذلك يصاب الشاذون جنسياً (اللواطيون) بالتهاب الكبد (B) (ص 617). وعلى أية حال فإن بعض الأمراض المنتقلة جنسياً كالمشعرة المهبلية (ص 800)، والتهاب الكبد اللانوعي، يمكن أن تتطور من خلال علاقة جنسية ولو مفردة (مع شخص واحد) والتي قد يكون فيها كل من الشريكين لم يتعاط الجنس مع أي شخص آخر.

عندما يشك الإنسان أنه مصاب بمرض ينتقل جنسياً، يجب عليه استشارة الطبيب فوراً، لأن بعض الأمراض، كداء السيلان، والزهري، يمكن أن تشفى سريعاً بالعلاج المطبق فور الإصابة، ولكن تأخير المعالجة يمكن أن يؤدي إلى نتائج خطيرة. وكذلك فإن تأخير المعالجة يجعل المصاب منبعاً كامناً للعدوى كلما مارس الجنس مع أحد. ولذلك، وكمرحلة أولى، يجب الامتناع عن ممارسة أي عمل جنسي مع أي شخص حتى يشفى المصاب تماماً، ويتأكد في الوقت نفسه أن أي شخص قد اتصل به جنسياً قام بمعالجة نفسه أيضاً وبدون تأخير، وبهذا الشكل ستوقف سلسلة العدوى عبر الاتصالات الجنسية المتشعبة.

إن بعض الأمراض المنتقلة جنسياً، كالزهري، قد أصبحت أقل شيوعاً، في حين زادت معدلات حدوث أمراض زهرية أخرى، كالإيدز، والحلأ المهبلي، والتهاب الإحليل اللانوعي. وهناك أمراض عديدة تنتقل جنسياً، درست في أماكن أخرى من هذا الكتاب كالإيدز (ص 539) والجرب (ص 748) وثآليل القضيب (ص 762).

داء السيلان (Gonorrhea)

هو خمج تسببه جرثومة من نوع المكورات البنيَّة (Gonococcus) تنتقل عبر الاتصال الجنسي. والمتعارف عليه بشكل شائع أن هذه الجرثومة تصيب إحليل الرجل (وهو القناة التي تحمل البول والمني، عبر القضيب، إلى الوسط الخارجي) كما تصيب عنق رحم المرأة، وقناته، الموصلة بين المهبل والرحم.

الأعراض: من المعروف أن الرجال المصابين بداء السيلان يجدون عملية التبول مؤلمة جداً، كما أنهم يلحظون إفرازات معكرة، قد تكون غزيرة، تخرج من فتحة القضيب. ويمكن أن تصاب النساء أيضاً بإفرازات معكرة في المهبل، مع بعض الآلام في أسفل البطن، أو تصاب بنزيف غير طبيعي من المهبل. والمرأة التي تحمل هذا المرض تجد أحياناً عملية التبول مؤلمة لكنه من الشائع أن كلاً من الرجال والنساء في بداية الإصابة لا تظهر عندهم أية أعراض، وإن وجدت فإنها ستظهر بعد يومين إلى ثمانية أيام من بدء الإصابة.

كما أن داء السيلان يمكن أن يصيب المستقيم، أو الفم، خلال عمليات الاتصال الجنسي الفموي أو الشرجي، وهذه الإصابات غالباً ما تسبب أعراضاً. فالشخص المصاب بداء السيلان في المستقيم يشعر بألم فيه، خصوصاً أثناء التغوط، أو يلحظ إفرازات غائمة معكرة. والشخص المصاب بداء السيلان في الحلق يمكن أن يصاب بقرحة فيه. وعادة، يشعر المصاب بداء السيلان في مرحلته الحادة بتعب واضح.

المضاعفات: إن داء السيلان غير المعالج عند الرجال، يمكن أن ينتشر من الإحليل إلى غدة البروستات (Prostate) وإلى البربخ اللذين يلعبان أدواراً هامة في إنتاج النطاف، وما يترتب على ذلك من مضاعفات، كما يؤدي إلى تضيق الإحليل أيضاً مما يجعل عملية التبول صعبة.

داء السيلان غير المعالج عند النساء، يمكن أن يؤثر على بطانة الرحم أو على قناتي فالوب وهي الأجزاء الرئيسية في جهاز المرأة التناسلي، مما قد يؤدي إلى عقمها وعدم قدرتها على الإنجاب. كما يمكن أن تسبب جراثيم المرض خمجاً في الرحم والتجويف البطني المحيط مما يسبب خمج الصفاق (ص 594). ويمكن أن ينتشر داء السيلان غير المعالج عند الرجل والمرأة عن طريق الدم، ومن ثم يؤثر أو يصيب المفاصل، والجلد، والعظام، والأوتار، وأجزاء أخرى من الجسم.

العلاج: عند الشك بالإصابة بداء السيلان تجب مراجعة الطبيب فوراً. ومن المهم جداً أن لا تجرى اتصالات جنسية حتى يتم الانتهاء من تشخيص وعلاج المرض. ويتم التشخيص عادة بتحليل عيّنة من نجيج إحليل الرجل، أو عنق رحم المرأة. ويتم العلاج ببساطة بواسطة المضادات الحيوية التي تعطى على شكل حبوب أو حقن عضلية. ونؤكد على ضرورة الاستمرار في العلاج حتى يتم الشفاء الحقيقي التام، وليس الشفاء الظاهري.

التهاب الإحليل اللانوعي (Nonspecific urethritis)

التهاب الإحليل اللانوعي (NSU) ، مرض شائع ينتقل جنسياً، ولا علاقة له بالمكورات البنِّيَّة، وهو عبارة عن خمج يصيب الإحليل، عادة، تسببه كائنات حية تنتقل عن طريق الاتصالات الجنسية (أهمها المتدثرات ص 744)، لكنها أقل خطراً من داء الزهري (ص 817)، أو داء السيلان، (ص 815).

الأعراض: لا يبدو على كثير من الرجال والنساء المصابين بالتهاب الإحليل اللانوعي أعراض ظاهرة، إن حدثت تكون عند الرجال غالباً مشابهة لأعراض أولئك المصابين بداء السيلان، مع تبول مؤلم، وخروج نجيج مخاطي غائم من القضيب. وإن حدثت عند النساء تكون مشابهة لأعراض أخماج المجاري البولية عندهن (راجع التهاب المثانة ص 796)، ويتضمن الألم والإحساس بالحرقة عند التبول، بالإضافة إلى الشعور بالرغبة المتكررة للتبول، في حين تكون كمية البول المطروحة قليلة في كل مرة. فإذا تم فحص هذا البول فإنه سيتبين عدم وجود أية جراثيم فيه.

العلاج: يجب على أي رجل يشعر بخروج نجيج عكر غائم من قضيبه أن يستشير طبيبه فوراً للتأكد إن كان مصاباً بداء السيلان. فإن تبين سلامته من هذا الداء فمن المحتمل أن تكون إصابته عبارة عن التهاب إحليل لا نوعي. وكذلك إذا أظهر فحص البول عند النساء خلوه من أية جراثيم فمن المحتمل أنهن مصابات بالتهاب إحليل لا نوعي.

إن تناول المضادات الحيوية، ولمدة أسبوع، وحسب تعليمات الطبيب، سيشفي الحالة تماماً، مع ملاحظة أن هذه الحالة قابلة للمعاودة. وعلى المصاب الامتناع تماماً عن ممارسة الجنس حتى يتم الشفاء. وينصح في جميع الحالات أن يُعالج الزوجان في وقت واحد، وإلا نقل أحدهما المرض للآخر من جديد.

داء الزهري (Syphilis)

داء الزهري هو واحد من الأمراض الخطيرة التي تنتقل من خلال العلاقات الجنسية، تسببه جرثومة تدعى اللولبية الشاحبة. وهذه الجرثومة تدخل بسرعة عبر الأغشية المخاطية الرطبة في الفم، والمهبل، والشرج، وإحليل الرجل، وإذا لم يعالج فإنه يتطور عبر ثلاث مراحل خلال الحياة. تظهر في المرحلة الأولى والثانية قرحات جلدية غير مؤلمة محتوية على أعداد كبيرة من جراثيم المرض، وكذلك تظهر قرحات مخموجة بشدَّة على أغشية الفم المخاطية، والمهبل، والشرج. تنقل العدوى بشدة عن طريق التماس المباشر معها، كما قد ينتقل المرض بشكل نادر من خلال القرحات المفتوحة، أما في المرحلة الثالثة، فإن داء الزهري يكون عادة غير معد.

الأعراض:

المرحلة الأولى: بعد التقاط العدوى بفترة تمتد من أسبوع إلى ثمانية أسابيع تظهر قرحة تبدو عادة حمراء، وصلبة، وبارزة، فوق سطح الجلد. وهي تظهر بشكل عام في المنطقة التناسلية، وتكون عادة مرئية ظاهرة على قضيب الرجل، بينما تكون غالباً بعيدة في مهبل المرأة، أو في عنق رحمها، كما يمكن أن تظهر في أماكن أخرى من الجسم كالفم والمستقيم، ثم تشفى خلال أسبوع إلى خمسة أسابيع، مخلِّفة مكانها ندبة صغيرة، وخلال هذه الفترة فإن الجراثيم المسببة لداء الزهري تدور في الدم عبر أنحاء الجسم.

المرحلة الثانية: تسمى هذه المرحلة بمرحلة داء الزهري الثانوي. فبعد ستة أسابيع من التئام القرحة ترتفع حرارة المصاب ويصاب بصداع ويفقد شهيته للطعام، ويمكن أن تتورم عقده اللمفاوية الموجودة في العنق والإبط والمنطقة الإربية. ويتطور عند أغلب المصابين طفح جلدي، وتظهر حبيبات حمراء صغيرة متقشرة، لكنها لا تسبب حكّة، ويمكن أن تظهر أحياناً بقع على راحتي اليدين، وفي أخمص القدمين، أو تحدث طفحات رمادية مختلفة عن القرحات في الأغشية الرطبة للفم، والفرج، والقضيب، وربما يتطور طفح جلدي حول المستقيم. وكل هذه المظاهر الجلدية تكون شديدة العدوى ولكنها تشفى خلال فترة أسبوعين إلى ستة أسابيع، ومن النادر أن يؤثر الزهري على الكبد والعين والسحايا وعلى أغشية وأعضاء أخرى.

المرحلة الثالثة: تسمى هذه المرحلة بالزهري الكامن، أو المتأخر، وتختفي في هذه المرحلة أعراض المرحلتين الأولى والثانية لفترة طويلة تستمر لعدة سنوات، وما لم يجر المصاب فحصاً دموياً خاصاً بالكشف عن داء الزهري فإنه لا يمكن التنبؤ بإصابته أبداً. ويمكن أن تستمر هذه المرحلة الأخيرة الكامنة من سنتين إلى نهاية الحياة.

يستعر المرض ويتفشى في هذه المرحلة من دون سابق إنذار، ويصيب أي عضو من أعضاء الجسم، فقد يصيب الدماغ مسبباً الشلل، أو الشيخوخة، أو الجنون، مع فقدان التوازن والشعور في الساقين، ونادراً ما يسبب العمى (حسب خلايا الدماغ المصابة) كما يمكن أن يصيب الشريان الأبهر ويضعف جدرانه ويسبب أم دم (ص 496). وقد يصيب الوظيفة الطبيعية لصمام القلب الأبهري، أو الكبد، أو العظام، أو غير ذلك.

العلاج: على كلِّ شخص يُشاهد قرحةً مشكوك بأمرها في فمه، أو أعضائه التناسلية، أن يراجع الطبيب فوراً. فمرض الزهري مرض معدٍ خلال المرحلتين الأولى والثانية. ويزداد الشك إذا كان المصاب أجرى مؤخراً اتصالاً جنسياً مع أكثر من شريك.

يُمكن أن يشخص هذا المرض بفحص دموي، فإن ثبتت الإصابة فإن المرض قابل للشفاء باستعمال المضادات الحيوية المناسبة. ولكن إن لم يعالج المرض وبدأت أعراض مرحلته الثالثة بالظهور فإنه من الصعب جداً إيقافه، أو السيطرة عليه، لأنه يكون قد أصاب الدماغ والأوعية الدموية.

حلأ الأعضاء التناسلية (Herpes genitalis)

تسبب فيروسات الحلأ البسيط خمجاً مؤلماً في الأعضاء التناسلية يسمى حلأ الأعضاء التناسلية، حيث تنتشر مجموعات من النفطات على منطقة واحدة أو عدة مناطق، ثم تتمزق وتصبح ندبات أو قروحاً بارزة. ينتقل هذا المرض عادة عن طريق العلاقات الجنسية أو الأيدي الملوثة.

هناك فيروس مشابه للفيروس الذي يحدث قروح الحلأ البسيط في الفم (ص 563)،

يسبب حوالي (15%) من حالات حلأ الأعضاء التناسلية، كنتيجة للاتصال الجنسي الفموي.

الأعراض: بعد حوالي ستة أيام من الاتصال الجنسي بشخص مصاب، يشعر المرء بألم وإيلام قوي وإحساس بالحكة، قرب قاعدة القضيب، أو الفرج، قد تكون مترافقة بحمى، وشعور بالضعف، وسرعان ما تظهر نفطة، أو نفطات، على طول القضيب أو فرج المرأة. ومن المحتمل أن تظهر هذه النفطات على الفخذين، أو الإليتين، كما يمكن أن تتشكل في رحم المرأة، أو على عنق رحمها، وهي بذلك تكون غير مرئية وتنتقل إلى الزوج بدون علمه بها. وعندما تتفجر هذه النفطات، فإنها تشكل قروحاً مفتوحة على الجلد، أو تقرحات مؤلمة جداً، تستمر لمدة أسبوع واحد إلى ثلاثة أسابيع.

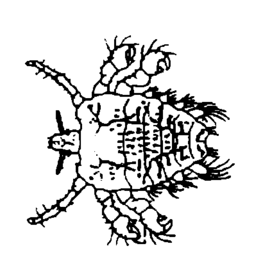
وبما أن ڤيروس هذا المرض يمكن أن يبقى في الجلد بعد اختفاء الأعراض (يهجع بدون أعراض) فإن نصف الأشخاص المصابين بهذا المرض سوف تتكرر عندهم هذه الحالة خلال الأشهر، أو السنين التالية، لكنها تكون عادة أقل شدة ثم تختفي لاحقاً مع مرور الزمن.

المضاعفات: إن الخطر الأساسي في هذا المرض هو نقله إلى الطرف الآخر، لذلك يجب تجنب الاتصال الجنسي كلياً لحين الشفاء الكامل، علماً أن ڤيروسات المرض يمكن أن تنتقل مع الدم وتخمج أعضاء أخرى، عند المصابين بأمراض كالسرطان وأمراض الدم والكلى. وإن أصيبت الحامل بحلأ الأعضاء التناسلية في وقت قريب من الولادة فالأفضل إخراج الجنين بعملية قيصرية تجنباً لإصابته بالمرض.

العلاج: لا يوجد علاج نوعي لحلأ الأعضاء التناسلية، لكن الطبيب يصف مسكنات للألم كالأسبرين وعقاراً مضاداً للڤيروسات من خصائصه أن يسرع الشفاء، وقد يصف مضادات حيوية أيضاً. ويمكن أن تساعد الحمامات الدافئة على تخفيف حدة الحالة، وعلى كل امرأة أصيبت بهذا المرض إجراء فحص لطاخة (Pap) (ص 795) كل سنة حيث من الممكن أن تكون إحدى مضاعفات هذا المرض، الإصابة بسرطان عنق الرحم.

قُمَّل العانة (Pubic lice)

يعرف قمل العانة بالقُمَّل السلطعاني، وهو ماص للدماء ويصيب فقط شعر العانة والشعر المحيط بالشرج، وأحياناً يوجد في شعر الجسم والحواجب والأهداب. يبلغ طول القملة من (1 ـ 2) ملم، ويمكن رؤيتها بوضوح بالعين المجردة وهي تشبه سلطعاناً مسطحاً دقيقاً، وتتحرك ببطء، وتمضي معظم حياتها متشبثة بشكل محكم في الشعر بواسطة ساقيها. بيوض الأنثى تسمى الصئبان، ويمكن أن ترى بالعين المجردة، وهي تلتصق بالشعر بقوة بحيث أن الاستحمام لا يزيلها من مكانها.



قملة العانة مكبرة (20) مرة

يصاب الإنسان بقمل العانة غالباً نتيجة الاتصال الجنسي مع شخص مصاب بها، وقد لا يُصاب إذا نام بسرير المريض أو استعمل ملابسه.

الأعراض: قد لا يُلاحظ المصاب بقُمَّل العانة إصابته إلا بعد أسابيع عدة، لأن ذلك مرتبط بالفترة التي تستغرقها القُملة للتوالد. ولكنه قد يشعر بحكة في منطقة العانة أو المنطقة التناسلية، خاصة في الليل، وقد تصبح الحكة شديدة فيما بعد.

العلاج: يجب مراجعة الطبيب فور اكتشاف الإصابة، والدواء الذي سيصفه هو على شكل سائل أو شامبو وهذا يكفي عادة لقتل القمل والبيوض، وعلى المريض استعمال الدواء بحسب إرشادات الطبيب أو حسب التعليمات الموجودة على الحاويات. وننصح بتغيير الملابس وملاءات السرير كل يوم وغليها جيداً.

ـ 3 ـ
المشاكل الجنسية (Sexual problems)

قد يمارس أحد الزوجين العملية الجنسية من دون أن يستمتع بها، أو قد لا يستطيع أن يمارسها مطلقاً بسبب مشاكل جسمية أو نفسية. وفي الواقع يعاني العديد من الأزواج من ازدواجية مشاكل تنشأ فيها الواحدة عن الأخرى. فعلى سبيل المثال، يؤدي القذف المبكر عند الرجل إلى عدم وصول زوجته إلى المتعة المطلوبة أو إلى عدم شعورها بأية متعة إطلاقاً، أو ربما سبب ذلك للرجل مشكلة العَنَانة.

إن معالجة المشاكل الجنسية المتعلقة ببعضها أصبحت اليوم أكثر نجاحاً إذا تم تطبيقها على الزوجين معاً، بدلاً من تطبيقها على واحد منهما فقط.

العَنَانة (Impotence)

الرجل العنِّين هو الذي لا يحدث عنده انتصاب مما يحول دون استمتاع كلا الزوجين بالعلاقة الجنسية. فإذا كنت عنّيناً فتذكر أنه يمكن علاج حالتك.

كان الاعتقاد السائد أن معظم حالات العنانة أسبابها نفسية، ولكن اكتشف مؤخراً وجود أسباب جسمية، من بينها انخفاض مستوى الهرمون الذكري الجنسي (التستوستيرون Testosterone) في دم الرجل بشكل كبير، وإن الجهد والتعب، والمرض المزمن، وشرب الكحول بإفراط، والقلق الشديد، وكثرة التفكير، والهموم، والخوف، كلها عوامل تساعد على إحداث العنانة، وكذلك استعمال بعض العقاقير التي تعالج ارتفاع ضغط الدم الشرياني.

معظم الرجال حدثت لهم عنانة لمدة يوم أو يومين أو أكثر ذات مرة، أو أكثر من مرة، وهذا مربك جداً للرجل. والأسوأ من ذلك أن القلق الذي يسببه هذا الإرباك بسبب سوء أداء العملية الجنسية يطيل من فترة العنانة أكثر، كما قد تنشأ العنانة أيضاً بسبب القلق من بعض المشاكل الجنسية، كالقذف المبكر، وقد تم نقاش أسباب العنانة في الصفحة (ص 766).

القذف المبكر (Premature ejaculation)

القذف المبكر هو قذف الرجل سائله المنوي مباشرة بعد، أو حتى قبل أن يخترق قضيبه مهبل زوجته أثناء الجماع، وهي أكثر المشاكل الجنسية شيوعاً عند الرجال. معظم الرجال يحدث لديهم قذف مبكر أحياناً. ويعتبر الباحثون في الجنس أن القذف المبكر هو عندما يصل الرجل إلى رعشة الجماع قبل أن تصل زوجته معه في أكثر من نصف ممارساته الجنسية.

هناك علاقة ضعيفة بين القذف المبكر وبعض المشاكل النفسية. ويُعتقد أن بعض الرجال تتطور لديهم حالة القذف المبكر أثناء التكيف الاجتماعي في مرحلة شبابهم الأولى. فإذا كانت بداية الممارسات الجنسية للشاب مع العاهرات فقد يتعلم أنه من الأفضل أن يقذف سريعاً وينتهي من الأمر. وكذلك فإن قلق الشاب في مراته الأولى لممارسة الجنس قد تسبب له قذفاً مبكراً، وفي الوقت نفسه فإن القذف المبكر يؤدي عند بعض الرجال إلى إصابتهم بالعنانة.

العلاج: على الرغم من توافر عدة طرق من العلاج، إلا أن طريقة الضغط هي الطريقة الفعالة التي تستخدم لتأخير القذف، وبها تقوم المرأة بتحريض قضيب زوجها إلى أن يصبح القذف أمراً لا بد منه ثم تضغط بشدة على منطقة اتصال الحشفة بجسم القضيب لمدة ثلاثة أو أربعة ثواني، عند ذلك يفقد الزوج رغبته في القذف وتخف شدة الانتصاب عنده بنسبة (10 ـ 30%). وبعد حوالي نصف دقيقة يستطيع الزوجان متابعة المداعبة الجنسية بما في ذلك إثارة القضيب، وعندما يشعر الزوج بالرغبة في القذف من جديد يمكن تكرار عملية الضغط، وبذلك تسمح هذه الطريقة البسيطة بالمداعبة الجنسية قبل الجماع ولمدة (15 ـ 20) دقيقة بدون حدوث القذف. يبلغ معدل النجاح باستعمال هذه الطريقة في علاج القذف المبكر حوالي (98%) حسب إحصائيات الأخصائيين في معالجة هذه المشكلة.

عدم الوصول إلى هزَّة الجماع (Lack of orgasm)

إن سبب عدم الوصول إلى هزة الجماع (الرعشة الجنسية أو ذروة اللذة) ينتج غالباً عن مشاكل نفسية خفية تؤدي إلى قلة الاهتمام بالجنس، وهذا ينتج، عادة، عن مشكلة جسمية، كإصابة في الجهاز العصبي أو بسبب تناول بعض المخدرات أو الأدوية.

إن عدم الوصول إلى هزة الجماع أمر نادر جداً بين الرجال، أما بالنسبة للنساء فهناك واحدة من كل ثلاث نساء يصلن إلى هزة الجماع بشكل نظامي خلال الجماع فقط ودون تحريض إضافي للبظر، و(10%) منهن لا يصلن إلى هزة الجماع حتى مع الإثارة والمداعبة. فإذا كانت المرأة غير راضية عن عدد المرات التي تصل فيها إلى هزة الجماع، فيستحسن أن تناقش الموضوع بود وصراحة مع زوجها، وتبين له متطلباتها أثناء ممارستها للجنس. فمثلاً من المفيد استغراق وقت أكثر في إثارة الأعضاء الجنسية قبل الجماع، أو اتخاذ وضع جديد أثناء الممارسة.

الجماع المؤلم (Painful intercourse)

ألم الجماع له أسباب عدة، ويؤثر على الرجل والمرأة معاً، وفي العديد من الحالات تكون أسبابه جسمية يكتشفها الطبيب بعد الفحص وطرح مجموعة من الأسئلة.

الجماع المؤلم عند المرأة: هناك عدة حالات طبية تسبب للمرأة ألماً أثناء الجماع، كتشنج المهبل مثلاً، ففي هذه الحالة لا يحصل تزليق في المهبل، وتتشنج عضلاته، مما يحول دون إمكانية الجماع، أو يجعله مؤلماً. وتحصل هذه المشكلة عندما لا تكون إثارة المرأة جنسياً كافية للبدء بالجماع، أو لأسباب نفسية.

يمكن معالجة هذه المشكلة بالتعاون مع طبيب، أو خبير متمرس، في معالجة الاضطرابات الجنسية عند المرأة، حيث قد يصف الطبيب أو الخبير مجموعة من الموسعات، أو الأنابيب ذوات أحجام مختلفة. وتقوم المرأة بإدخال أصغر أنبوب في مهبلها ثم تستبدله بالأنبوب الأكبر فالأكبر وهكذا إلى أن تحصل على راحة بإدخال الموسِّع الذي هو في حجم قضيب زوجها في حالة الانتصاب، ثم تمارس الجنس مع زوجها، ويمكن استكمال هذه المعالجة بتمارين مصممة لتعليم كيفية تقليص وإرخاء عضلات المهبل إرادياً.

إن أخماج وتخرشات الفرج، كحلأ الأعضاء التناسلية (ص 818) والأكياس، والدمامل، والطفحات الجلدية، والتفاعلات الأرجية، كلها يمكن أن تسبب عدم راحة جنسية، حيث تخرش الأخماج المهبلية جدران المهبل وتسبب ألماً أثناء الجماع، وأحياناً تسبب الندبات الناتجة عن قص العَجان أيضاً ألماً أثناء الجماع (راجع الإجراءات الخاصة بالولادة ص 854). كما يمكن أن تسبب أمراض الرحم ألماً أثناء الجماع عندما يدفع الرجل قضيبه بعمق في المهبل، كمرض التهاب الحوض (ص 790) والحمل المنتبذ (ص 839) والانتباذ البطاني الرحمي (ص 788) والكييسات المبيضية (ص 784) والأورام.

إن اضطرابات المثانة، كالتهاب المثانة، (ص 796) والتهاب الإحليل (ص 649) والقيلة المثانية، وكذلك فإن التهاب المفاصل، أو ألم أسفل الظهر المزمن، كل ذلك يجعل الجماع مؤلماً وغير مريح.

الجماع المؤلم عند الرجل: قد يعاني الرجال من الجماع المؤلم لأسباب جسمية بشكل عام، فالأخماج وتخرشات جلد القضيب كحلأ الأعضاء التناسلية (ص 818) والطفحات الأرجية تسبب ألماً أثناء الجماع. وبعض أنواع مبيد النطاف المستعملة كمانع للحمل (ص809) تسبب إحساساً بالحرقة على سطح القضيب عند بعض الرجال. وكذلك فإن أخماج غدة البروستات والإحليل والخصيتين يمكن أيضاً أن تسبب الألم. كما أن سرطان القضيب، والخصيتين، والتهاب مفاصل الظهر السفلية، تجعل اندفاع القضيب غير مريح أثناء الجماع. وفي هذه الحالات يجب مراجعة الطبيب المختص.

الفصل السابع عشر

الحمل والولادة (Pregnancy and childbirth)

الحمل والولادة من الأمور الطبيعية التي لا تسبب عادة أية مشاكل للجسم السليم. يحدث تلقيح، أو إخصاب، إحدى البيوض، بعد فترة قصيرة من تحررها من أحد المبيضين. فبعدما يطرح أحد المبيضين البيضة فإنها تسير داخل قناة فالوب (Fallopian tube) باتجاه الرحم، فإذا حصل جماع في هذا الوقت فإن ملايين النطاف التي قذفها الزوج داخل المهبل تسير عبر الرحم باتجاه قناة فالوب إلى أن تتمكن نطفة واحدة فقط من اختراق جدار البيضة، وهذا هو «الإخصاب» أو «التلقيح»، ثم تتابع البيضة الملقحة سيرها حتى تصل إلى الرحم بعد عدة أيام وتغرس نفسها في بطانته.

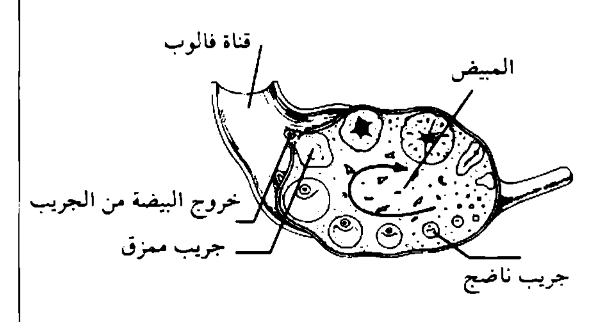
يستمر الحمل مدة (38) أسبوعاً، وبما أن الإخصاب يحدث في منتصف الدورة الشهرية (وليس منتصف الحيض) وأن اليوم الذي تتلقح فيه البيضة ليس معروفاً تماماً، فإن موعد الولادة يتم حسابه ابتداءاً من اليوم الأول من آخر حيض. وبذلك يضاف أسبوعان آخران إلى فترة الحمل الكامل، فتصبح أربعين أسبوعاً. سندرس في هذا الفصل مشاكل الحمل العامة، والفصول الأخرى تغطي الاضطرابات التي تحدث في أوائل الحمل أو أواسطه أو أواخره، وسنصف أكثر مشاكل الولادة شيوعاً، بالإضافة إلى التقنيات المتوافرة لمساعدة الحامل أثناء الحمل والولادة، وندرس في أخرالفصل المشاكل التي تؤثر على الأم بعد الولادة بوقت قصير.

الحصبة الألمانية (الحميراء) والحمل (German measles (rubella) - and pregnancy)

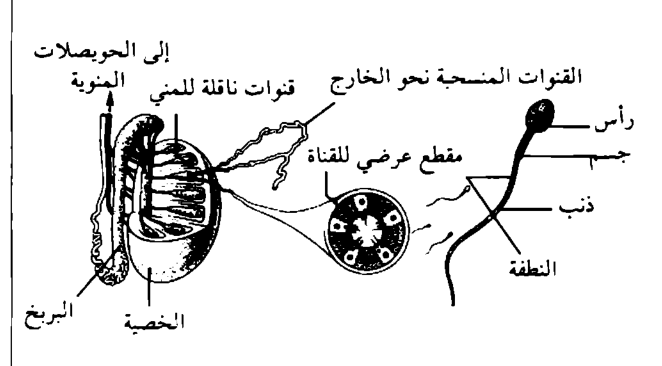
إذا أصيبت الحامل بالحصبة الألمانية (الحميراء) أثناء الحمل فهناك احتمال ولادة طفل مشوه، فإن كانت الإصابة في بداية الحمل فإن الخطر يكون أكبر، بحيث يصل إلى نسبة (50%) إن حدث ذلك في الأسابيع الأربعة الأولى. وإن أصيبت بعد (13) أسبوعاً فإن نسبة تشوه المولود تنخفض إلى (8%) ثم يقل الخطر أكثر كلما مضى وقت أطول.

تجدر الإشارة إلى أن من تُصاب بالحصبة الألمانية مرة لا تصاب بها مرةً أخرى. ولكن يستحسن عدم الاعتماد على الذاكرة أو روايات الأقارب بل يعتمد فحص الدم لتأكيد الإصابة السابقة، فإذا تبين عدم الإصابة سابقاً يستطيع الطبيب أن يعطي لقاحاً يؤمن للمرأة المناعة ضد الحصبة الألمانية، وفي هذه الحالة يجب تجنب الحمل مدَّة ثلاثة شهور بعد أخذ اللقاح لأن فيروس اللقاح يكون لا يزال موجوداً في الجسم أثناء هذه الفترة. وإن لم تتخذ الاحتياطات اللازمة وأصيبت الحامل بالحصبة الألمانية في بداية الحمل، يرى البعض ضرورة إنهاء الحمل.

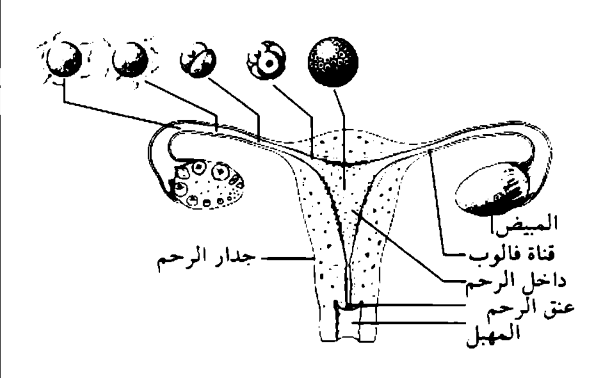
كيف يحدث الحمل



إنتاج البيضة والإباضة: لدى المرأة مبيضان، واحد في كل جهة من الرحم، ويحوي المبيض الواحد عدة آلاف من البيضات غير الناضجة. بعد البلوغ تنضج عادة بيضة واحدة كل شهر في أحد المبيضين، وتشكل البيضة الناضجة، وحوالي مئة خلية تغذيها وتحيط بها، بشكل عناقيد، ما يدعى الجُريب. يمتلئ هذا الجريب بسائل، وفي منتصف فترة الدورة الشهرية (ليس الحيض بل فترة الـ ٢٨ يوماً الفاصلة بين حيضين) ينفجر الجريب وتنقذف البيضة الناضجة (عملية الإباضة) وتنطلق إلى قناة فالوب المتواجدة بقربها.

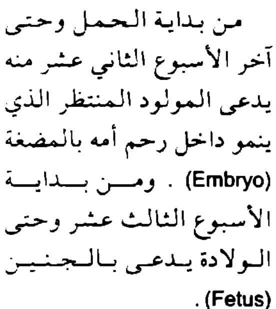


إنتاج النطاف: النطاف هي خلايا دقيقة لها شكل الدعموص تقريباً (فرخ الضفدع) تنتج داخل الأنابيب الملتفة العديدة، التي تدعى «القنوات الناقلة للمني» الموجودة في الخصيتين. وهذه النطاف تمر من الخصيتين إلى البربخ، ومن ثم إلى الحويصلات المنوية حيث يتم تخزينها إلى حين القذف.



الإلقاح (الإخصاب): يحصل إلقاح البيضة، في قناة فالوب، بنطفة واحدة من ملايين النطف التي يقذفها الرجل، بعد فترة قصيرة من الإباضة، فتتحد نواة النطفة مع نواة البيضة ليؤلفا معاً البيضة الملقحة. وتنقسم الخلية إلى خليتين، تنقسم كل منها أيضاً إلى اثنتين، تنقسم كل منها أيضاً إلى خليتين وهكذا. وتسير مجموعة الخلايا المنقسمة عبر قناة فالوب باتجاه الرحم حيث تنغرس في جداره بعد حوالي سبعة أيام من الإلقاح. وفي بضعة أسابيع تتطور إلى مضغة ومشيمة.

نمو الجنين

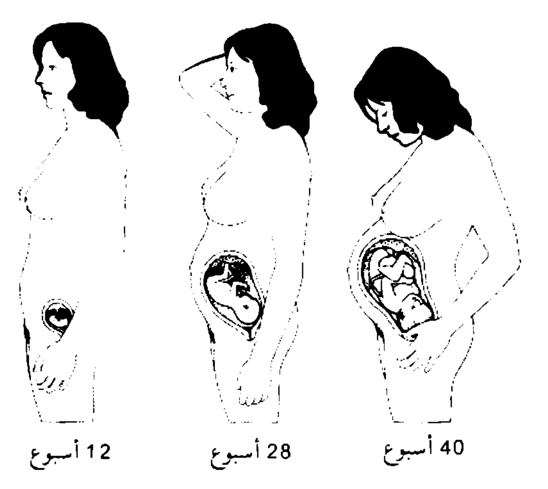


10 أسابيع 9 أسابيع 7 أسابيع 6 أسابيع

من بداية الحمل وحتى آخر الأسبوع الثاني عشر منه يدعى المولود المنتظر الذي ينمو داخل رحم أمه بالمضغة (Embryo) . ومن بداية الأسبوع الثالث عشر وحتى الولادة يدعى بالجنين (Fetus).

تتطور المضغة بسرعة كبيرة؛ ففي عمر الخمسة أسابيع تكون بحجم حبة الأرز، ولكن في عمر الـ (12) أسبوعاً يصبح طولها (6) سم، وفي عمر الـ (28) يوماً نجد أن القلب قد تطور أكثر من أي عضو آخر. وتتطور الأطراف في البداية على شكل براعم، وتظهر الجملة العصبية والعينان والأذنان بشكل واضح في عمر الستة أسابيع. وتكون نسب تقسيم جسم المضغة في مرحلة النمو مختلفة جداً عن نسب تقسيم جسم الإنسان البالغ. وتظهر الرسومات أعلاه المضغة بمراحل تطورها المختلفة.

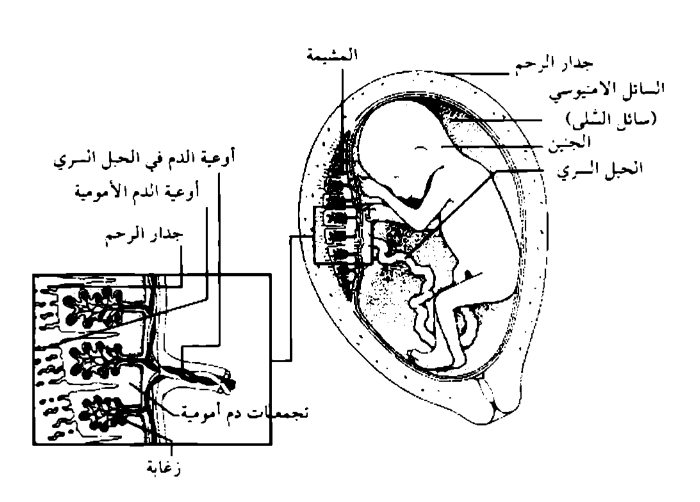
تغير شكل جسم الحامل



أثناء الأسابيع الأولى من الحمل يحدث تغير طفيف، لكنه واضح في جسم المرأة، بالإضافة إلى كبر حجم ثدييها قليلاً وثقلهما ويصبحان مؤلمين باللمس. وبعد حوالي (12) أسبوعاً يسبب تمدد الرحم بروزاً يمكن تحسسه من خلال جدار البطن، وبعد حوالي (20) أسبوعاً من الحمل يكبر البطن، وعوضاً عن أن تكون السرة غائرةً إلى الداخل نجدها تبرز إلى الخارج. ومع اقتراب نهاية الحمل يتحرك رأس الجنين نحو الأسفل قليلاً ليستقر في التجويف الحوضي، مما يجعل التنفس أسهل، ولكن هذا يعني الحاجة المتكررة إلى التّبول بسبب الضغط على المثانة.

التغذية عن طريق المشيمة

يتصل الجنين بالمشيمة في الرحم عن طريق الحبل السري الذي يمتد من المنطقة التي ستكون فيما بعد سرة الطفل، ويجري الدم الجنيني من وإلى المشيمة حيث يمتص المواد من دم الأم ويطرح فيه الفضلات. وتؤمن الزغابات مساحة واسعة ضمن المشيمة للمساعدة في الوصول إلى أقصى حد من هذا التبادل.



المشورة الوراثية Genetic counseling

تقدم علم الوراثة مؤخراً بشكل واضح، وأصبحت المشورة الوراثية متوفرة من قبل أخصائيين في هذا الحقل، وهدف هذه الإرشادات هو مساعدة الزوجين الخائفين من احتمال إنجاب طفل معاق أو مشوه خلقياً.

يولد الطفل مشوهاً، أو معاقاً عقلياً، أو جسمياً لأحد الأسباب الأربعة التالية:

1 ـ ربما يحمل الطفل جيناً واحداً، أو عدة جينات، غير طبيعية حصل عليها من أحد أو كلا الأبوين الحاملين لهذا الاضطراب، كما هو الحال في التليّف الكيسي وبعض حالات الناعور (Hemophilia) مثلاً.

2 ـ ربما يحمل الطفل جيناً واحداً، أو عدة جينات، غير طبيعية بسبب طفرة في البيضة، أو النطفة، عند أحد الأبوين، وهذا يفسر إنجاب الأبوين السليمين أطفالاً مصابين باضطرابات وراثية كالحثل العضلي، أو بعض حالات الناعور (Hemophilia) أحياناً.

3 ـ يمكن أن يؤدي انقسام الخلية الخاطئ قبل، أو بعد الإخصاب مباشرة، إلى اضطراب صبغي، كمتلازمة داون (Down's syndrome) ومتلازمة تيرنر (Turner's syndrome).

4 ـ من الممكن أن تكون صبغيات (Chromosomes) أو جينات (Genes) الطفل طبيعية ولكن تطور المضغة في الرحم خاطئ، فينشأ عن ذلك اضطراب ما، كالسنسنة المشقوقة (انشقاق العمود الفقري) (Spina bifida).

نذكر من العوامل المضرة بالجنين على سبيل المثال بالإضافة إلى ما ذكرناه سابقاً، إدمان الحامل على شرب الكحول بشكل مفرط، أو إصابتها بالأخماج، كالحصبة الألمانية (ص 823). تتضمن الاضطرابات الوراثية، اضطرابات الدم كالناعور (ص 523) التلاسيمية (ص 521)، وفقر الدم المنجلي (ص 519)؛ الحثل العضلي (ص 925)؛ والتليف الكيسي (ص 913)؛ واضطرابات

الدماغ مثل الرقص الوراثي (ص 327)، وداء (تي - ستش) (Tay-Sach) الذي هو عبارة عن اضطراب استقلابي يسبب الشلل والعمى ويكون مميتاً في الطفولة.

أصبح ممكناً اليوم إجراء فحوصات خاصة لمعرفة ما إذا كان أحد الأبوين ناقلاً لمرض جيني أم لا، وبالتالي حساب نسبة احتمال إصابة أولادهما بذلك المرض. تُورَّث معظم العيوب الجينية إلى الأولاد على شكل عيوب تقهقرية، فإذا كان أحد الأبوين هو الحامل للجين المعيب، عند ذلك يولد الأطفال كلهم سليمين ولكن كل واحد منهم لديه فرصة (50%) لأن يحمل معه هذا الجين المعيب، (ويجب أن نلاحظ هنا أنه هو بالذات لا يصاب بالمرض بل يحمل الجين المعيب ويورثه لأبنائه في المستقبل). وإذا كان الأبوان حاملين للجين المعيب فإن احتمال أن يولد الطفل مصاباً بالعاهة الموروثة تبلغ (25%)، وتكون نسبة الأولاد الحاملين للجين المعيب (50%) أيضاً.

هناك الاضطرابات المعيبة المتعلقة بجنس المولود، ذكراً أم أنثى، حيث يصيب أغلبها الذكور فقط لأنها تنتقل عبر الصبغي المسؤول عن ولادة ولد ذكر. (راجع علم الوراثة ص 938).

إن التقدم الحديث في علم الوراثة جعل من الممكن، في معظم الحالات، تحديد فيما إذا كان الجنين الذي ينمو في رحم أمه، حاملاً اضطرابات وراثية أم لا. ومن الممكن على سبيل المثال، أخذ عينة من المشيمة في بداية الحمل (ص 841) أثناء الأسابيع الستة إلى الثمانية الأولى، من الغشاء المحيط بالجنين، لفحصها، وفي بعض الحالات يجب تأخير الفحوصات إلى نهاية الحمل، حيث يمكن بزل قليل من السائل حول الجنين لفحصه (راجع بزل السّلى ص 853)، أو حين يمكن أخذ عينة من دم الجنين باستعمال منظار خاص مزود بأداة لأخذ الدم (راجع تنظير الجنين ص 853)، ويمكن إجراء بعض الفحوصات على دم الأم كفحوصات مستوى المادة الكيميائية المعروفة بـ (Alphafetoprotein) التي توجد عادة في دم الحامل، وحين يكون مستواها مرتفعاً عن الطبيعي فإن ذلك يدل على أن الجنين مصاباً بعيب دماغي أو بعيب في الحبل الشوكي بينما يعتبر انخفاض مستواها مؤشراً على أن الجنين يحمل متلازمة داون (Down).

إن إجراء الفحوصات أثناء الحمل له مضاعفات بسيطة على الجنين وتطوره، وهناك احتمال خفيف لحدوث الإجهاض وخسارة الطفل.

تختلف شدة الاضطرابات الموروثة حسب نوع الاضطراب، فخثل دوشن (Duchenne) العضلي يؤدي إلى الموت في مرحلة المراهقة أو بداية البلوغ، وأما الناعور فمن الممكن معالجته بحيث يعيش الطفل حياة طبيعية نسبياً، وأما فقر دم المنجلي فلا يمكن التنبؤ فيه بشدة الاضطراب. وفي المشورة الوراثية يتم إعلام الأبوين بمدى الخطر المتوقع أن يرثه طفلهما وبالعلاج المتوفر له.

تحدث الاضطرابات الخلقية التي ليس لها علاقة بالوراثة عندما تكون الأم مصابة بمرض، كالداء السكري (ص 671)، وتحدث مثل هذه الأمراض غالباً بدون سبب واضح.

- 1 -
مشاكل الحمل العامة (General problems of pregnancy)

سنناقش في هذا الفصل المشاكل التي قد تتعرض لها الحامل خلال فترة الحمل. بعض النساء يقلن إنهن يعرفن تماماً، وفي مرحلة باكرة جداً، متى أصبحن حوامل، في حين أن نساء

أخريات لا يعرفن أنهن حملن إلا بعد ما تنتابهن أعراض الحمل الباكرة. نذكر من هذه الأعراض غياب الدورة الشهرية، أو حدوث دورة قصيرة وخفيفة، ويتوذم الثديان ويصبحان مؤلمين باللمس، واسوداد الحلمات، وشعور بالغثيان، والتبول المتكرر، وإفرازات مهبلية متزايدة، وشعور بالتعب، وفقدان الشهية للطعام فجأة.

تشخيص الحمل: إذا غابت الدورة الشهرية مرتين متتاليتين وكانت من قبل منتظمة، فهذا دليل على حدوث الحمل، وتجب مراجعة الطبيب للتأكد من ذلك. في هذه المرحلة يستطيع الطبيب أن يشخص الحمل بفحص حوضي، وإن أرادت المرأة معرفة ما إذا كانت حاملاً في مرحلة أبكر من ذلك فعليها فور الشك بالحمل أن تجري فحص التأكد من الحمل وهذا الفحص يمكن أن يتم إجراؤه في المختبر أو بالطريقة المبينة في الفقرة التالية.

بعد التأكد من حدوث الحمل يجب أن تضع الحامل نفسها تحت الإشراف الطبي وحتى تنتهي الولادة، خاصة إذا كان يوجد مشاكل متوقعة، ونود أن نلفت النظر إلى عدة حقائق ثابتة:

1 ـ يمكن للمرأة أن تحمل من جماع من دون قذف في الداخل.

2 ـ يمكن أن تحمل حتى لو غسلت المهبل بالماء الجاري، بعد الجماع مباشرة.

3 ـ يمكن أن تحمل حتى لو كانت في الدورة الشهرية.

4 ـ يمكن أن تحمل حتى في أثناء الرضاعة.

كيف تتأكد المرأة أنها حامل

تتوفر اليوم عدة طرق مقبولة للكشف عن الحمل، تعمل كلها على كشف هرمون (BHCG) الذي يوجد في بول الحامل بعد أسبوعين من انقطاع آخر دورة. أكثر هذه الطرق شيوعاً هو استعمال محلول كيميائي يمزج مع عدة قطرات من البول في الأنبوب المرفق معه، فيتشكل عادة حلقة غامقة إذا كانت المرأة حاملاً ولا تتشكل هذه الحلقة إذا كانت غير حامل. والنتيجة الإيجابية هي أكثر دقَّة بكثير من النتيجة السلبية (عدم وجود حمل)، حيث قد تكون النتيجة سلبية أحياناً على الرغم من وجود حمل، خاصة إذا كانت الحامل ممن يتناولن عقاقير مضادة للاكتئاب أو قاربت سن اليأس أو كانت دورتها غير منتظمة، علماً أنه يجب اتباع تعليمات المصنِّع بشكل دقيق، ومن الأفضل فحص البول في الصباح الباكر قبل أن تشرب أي شيء، فإذا لم تثق المرأة بالنتيجة فعليها مراجعة الطبيب لإجراء فحوصات أكثر دقة من هذه.

التغذية أثناء الحمل (Diet during pregnancy)

على المرأة عندما تكون حاملاً أن تتذكر أن ما تتناوله من طعام يغذيها ويغذي جنينها، لذلك من المهم جداً أكثر من أي وقت آخر أن تأكل بانتظام، وجبات غذائية، متوازنة. واللحم والسمك والجبن والبيض والفول والفاصولياء والعدس هي مصادر ممتازة للبروتين، والحليب وكامل مشتقاته غنية بالكالسيوم، والبيض والكبد والكلي والخبز والفاكهة المجففة

والخضراوات الخضراء تزود الجسم بالحديد الذي تحتاجه لتجنب فقر الدم (ص 514) الذي يصيب الحوامل عادة، والفواكه والخضراوات الطازجة تعطي الفيتامينات. ومن الطبيعي أن يزداد وزن الحامل من (10 ـ 15) كيلو غرام، أما الزيادة المفرطة أو نقصان الوزن الكبير فقد تؤذي الجنين.

تشير الدراسات والأبحاث إلى أن شرب الكحول يؤذي الجنين، كذلك فإن العقاقير تؤدي إلى مضاعفات مختلفة، وعيوب خلقية، ولذلك يجب عدم تناول أي دواء إلا بعلم الطبيب وموافقته. كما أن التدخين أثناء الحمل يسبب بالتأكيد، نقص وزن الوليد عند الولادة ويضاعف من احتمالات الولادة قبل الأوان، فإذا كنت لا تستطيعين الإقلاع عن التدخين أبداً، فيجب عليك على الأقل تخفيف عدد السجائر التي تدخنينها إلى الحد الأدنى.

النشاط الجسمي أثناء الحمل (Physical activity during pregnancy)

التمارين الرياضية: على المرأة الحامل أن لا تتجنب ممارسة التمارين الرياضية المعتدلة إلا إذا نصح الطبيب بذلك. فالمشي، والسباحة، مثلاً، يساعدان على الشعور بالتحسن، وتوازن الجسم، على الرغم من عدم وجود دليل على أنها تفيد الجنين. ولكن يجب تجنب الرياضة العنيفة، وتلك التي تحمل خطر الحوادث، كركوب الخيل أو تسلق الجبال، والركض السريع، أو العنيف، كما يستحسن تجنب الساونا وحمامات البخار والغطس بالماء الحار.

السفر: السفر متعب جداً، لذلك يستحسن استشارة الطبيب قبل السفر، علماً بأن بعض خطوط الطيران لا تنقل على طائراتها المسافرات اللواتي هن في الأسابيع الأخيرة من الحمل، بسبب خطر الولادة غير المتوقعة. ولذلك يجب إعلام شركة الطيران بالوضع.

كما يجب اصطحاب تعيلمات الطبيب الخطية للاستفادة منها إذا حدث أيُّ طارئ. وعلى المهددة بالإجهاض (راجعي الإسقاط ص 838)، ومن هي في الأسبوعين الأخيرين من الحمل، أو تعاني من تعقيدات، ألا تسافر بعيداً أبداً.

العمل: لا مانع من عمل الحامل التي تتمتع بصحة جيدة وحمل طبيعي حتى يوم الولادة، ويكفي الحصول على كثير من الراحة، ومع ذلك فبعض النساء يفضلن التوقف عن العمل ابتداء من الشهر السابع بسبب ثِقل حركتهن، وقد يطلب الطبيب ذلك في بعض الحالات.

ممارسة الجنس: إذا كان الحمل طبيعياً، يمكن ممارسة الجماع بأمان خلال الأشهر الستة الأولى، وهناك بعض البراهين التي تبين أن الجماع في الأشهر الثلاثة الأخيرة يسبب الولادة أو المخاض المبكر. والحمل يجعل بعض النساء يشعرن برغبة متزايدة في الجماع، بينما تفقد أخريات تلك الرغبة كلياً، ويستمر ذلك إلى ما بعد الولادة.

في الأسابيع الأربعة الأخيرة من الحمل، ينصح إما بعدم الجماع، أو بالجماع والمرأة على جنبها بحيث لا يكون دخول القضيب عميقاً في المهبل مما يقلل خطر التسريع في بدء مخاض مبكر.

أما إذا عانت الحامل من إجهاضات متكررة، في الأسابيع الأولى من حمل سابق، أو كانت مهددة بالإجهاض، فعليها استشارة الطبيب حول إمكانية ممارسة الجنس أثناء الحمل.

الغثيان والإقياء أثناء الحمل (Nausea and vomiting during pregnancy)

تعاني العديد من النساء من الغثيان والإقياء أثناء الحمل، ويحدث ذلك بشكل عام في الصباح بعد الاستيقاظ مباشرة. تبدأ المشكلة عادة، أثناء الشهر الأول، وتستمر إلى الأسبوع الرابع عشر، أو السادس عشر، وسببها غير معروف.

يكون الغثيان والإقياء، عادة، كريهين ومزعجين ولكنهما لا يسببان أي أذى، وفي بعض الحالات القليلة جداً قد يتطور إقياء الحمل إلى إقياء شديد مزعج مما يسبب جفاف الجسم من السوائل ونفاد المواد الكيميائية منه مما يؤذي الصحة العامة.

يحدث الغثيان والإقياء في الأشهر الثلاثة الأولى عند حوالي نصف النساء الحوامل، وغالباً تعاني جميع الحوامل من بعض الغثيان، ولكن القليل منهن اللواتي يصبن بإقياءات شديدة.

العلاج: يجب على من تعاني من إقياءات الحمل أن تتجنب تناول وجبات دسمة والإكثار من الطعام، وألا تباعد كثيراً بين الوجبات، والأفضل أن تتناول عدة وجبات خفيفة أثناء النهار عوضاً عن ثلاث وجبات ثقيلة. وإذا استيقظت وهي تعاني من الغثيان فبإمكانها أن تتناول قليلاً من التوست الجاف، أو البسكويت، قبل النهوض من السرير، فقد يساعد ذلك قليلاً، ولكن يجب الحذر من استعمال أي دواء إلا بناءً على نصيحة الطبيب.

وإذا سبب الإقياء إزعاجاً كبيراً، فيستحسن مراجعة الطبيب. وإذا كان التقيؤ شديداً جداً وأدى إلى تجفاف الجسم، عندها يجب الدخول إلى المستشفى لتعويض جسم الحامل عما فقده من سوائل، عبر الوريد.

حرقة الفؤاد أثناء الحمل (Heart burn during pregnancy)

هي عبارة عن شعور بالألم مع حرقة (لذعة) في مركز الصدر، في القسم الأعلى من البطن، يرافقه في بعض الأحيان وجود طعم كريه في الفم، أو تجشؤ، (راجعي حرقة الفؤاد والفتق الفرجوي ص 571).

تحدث هذه الحرقة عادة عند أكثر من نصف النساء الحوامل، وذلك لأنه في أثناء الحمل ترتخي العضلة التي تساعد في إغلاق القسم الأعلى من المعدة وفصله عن المريء، وبذلك

تسمح لعصارة المعدة ومحتوياتها بالمرور إلى المريء، فتسبب هذا الشعور. وفي مراحل الحمل الأخيرة وبسبب ضغط الرحم المتضخم على المعدة تصبح الحالة أكثر سوءاً، وهي حالة غير مؤذية وتزول تلقائياً بعد الولادة.

العلاج: بالإمكان تخفيف حرقة الفؤاد بجعل الطعام موزعاً على عدة وجبات خفيفة متفرقة، بدلاً من تناول وجبات ثقيلة. فإذا لم تتحسن الحالة بهذا الإجراء يراجع الطبيب الذي يصف مضاداً للحموضة، يؤخذ بانتظام، ويحدد أنواع الطعام التي تخفف الإزعاج.

الاستعداد للولادة

يؤدي نمو الجنين داخل الرحم، وتغير مقادير هرمونات الجسم، إلى ظهور تغيُّرات واضحة على الجسم، وعلى الحامل أن تتعلم كل ما يتعلق بالمخاض والولادة قبل حدوثهما استعداداً لهما.
هناك في العالم المتمدن اليوم ما يشبه المدارس، أو النوادي، مهمتها تعليم أمهات المستقبل ما يفيدهن في هذا المجال، وربما يكون التعليم للزوج أيضاً كي يتمكن من التخفيف عن زوجته أثناء المخاض والولادة. ويتضمن ذلك تعلم فن استعمال طرق التنفس للمساعدة في التعامل مع آلام المخاض، ومن الملاحظ أن الحوامل اللواتي تعلمن ذلك كانت ولادتهن أكثر إيجابية، لأنهن كن أهدأ وأكثر إسترخاء، وعلى علم بما سيحدث أثناء مراحل الولادة.

الخيارات: أصبحت نسبة كبيرة من النساء الحوامل في هذه الأيام يلدن في المشافي حيث يؤمن لهن الاعتناء اللازم أثناء المخاض والولادة. ومن الممكن أحياناً أن يرافق المرأة زوجها أثناء المخاض ليقدم لها الدعم والمساعدة.

وهناك بعض النساء يفضلن الولادة في المنزل، فإن نشأت أية مشكلة تتطلب العلاج الفوري في المستشفى عند ذلك يصبح الاستمرار في إتمام عملية الولادة في المنزل خطراً حقيقياً على المرأة.

على كل حال ينصح بأن تناقش كل حامل هذا الأمر مع طبيبها قبل موعد الولادة بوقتٍ كافٍ حتى يتم اتخاذ القرار المناسب، والاحتياطات اللازمة، حين الضرورة.

فقر الدم أثناء الحمل (Anemia during pregnancy)

خضاب الدم (Hemoglobin) بروتين يحمل الأكسجين إلى جميع نسج الجسم، فإذا انخفضت نسبته في الدم، حدث ما يسمى بـ «فقر الدم». إن المسبب الأكثر شيوعاً لهذه المشكلة هو نقص الحديد في الجسم (ص 515)، وقلة كمية حمض الفوليك (ص 517).

إن كان فقر الدم من الدرجة الخفيفة فقد لا يلاحظ ذلك، أما في الحالة الشديدة فتظهر الأعراض التالية: شحوب ـ ضعف ـ إرهاق ـ تنفس متسارع ـ إغماء ـ خفقان، أو إحساس غير طبيعي بضربات القلب.

في حالة الحمل تعاني المرأة من فقر الدم حتى لو توفرت الكمية الطبيعية من الحديد وحمض الفوليك في طعامها، لأن الحمل يغيِّر من طبيعة عمل جهاز الهضم، بحيث يصبح أقل

امتصاصاً للمواد الغذائية، فلا تعود كافية لحاجة الحامل، أضف إلى ذلك أن الجنين يستهلك، خاصة في مرحلة الحمل الأخيرة، الكثير من غذاء أمه.

المضاعفات: إن إصابة الحامل بفقر الدم يجعلها غير قادرة على تعويض الخسارة الكبيرة المفاجئة للدم التي تحدث بسبب الولادة (ص 847)، كما يسبب فقر الدم أيضاً إنجاب طفل غير ناضج وأكثر عرضة للإصابة بالأخماج.

العلاج: بإمكان الحامل أن تساعد في منع إصابتها بفقر دم أثناء الحمل بتناول طعام يحوي كميات وافرة من الحديد، كالكبد، واللحوم، والخبز غير المنقى، والبيض، والفواكه المجففة، ويجب تناول الفواكه الحامضة والخضراوات الطازجة، لأن الڤيتامينات الموجودة فيها تساعد على امتصاص الحديد بشكل أفضل. وكذلك فإن تناول الكثير من الخضراوات الخضراء يشكل أهم مصدر لحمض الفوليك.

في فترة الحمل الأولى يجري الطبيب فحصاً للدم للكشف عن فقر الدم، ولكن حتى ولو أظهر الفحص عدم الإصابة بفقر دم فإنه سيصف حبوب الحديد وحمض الفوليك للمحافظة على استمرار وجود كميات كافية منها في الدم. فإذا شعرت الحامل بأي انزعاج أو تأثيرات جانبية لتلك الحبوب فيجب إخبار الطبيب وهو سيستبدلها بأنواع أخرى.

الإمساك أثناء الحمل (Constipation during pregnancy)

الإمساك أمر شائع يسببه الارتخاء المتزايد لعضلات السبيل الهضمي أثناء الحمل، وتزداد الحالة سوءاً في أواخر فترة الحمل، بسبب ضغط الرحم المتزايد والدائم على الأمعاء، لكنها حالة مؤقتة وليست خطرة. وبإمكان الحامل أن تساعد نفسها في تجنب الإصابة بالإمساك بتناول الكثير من الخضراوات والفواكه الطازجة والأطعمة الأخرى التي تحتوي على كمية كبيرة من الألياف (راجعي الوجبة المتوازنة ص 29) وبشرب الكثير من السوائل وبمحاولة التغوط من دون تأخير عندما تشعر برغبة في ذلك. وينصح بعدم تناول الملينات من دون استشارة الطبيب لأن بعضها يهيج الأمعاء، فإذا كان الإمساك شديداً يستشار الطبيب وهو سيصف دواء مليناً يناسب الحالة.

الدوالي أثناء الحمل (Varicose veins during pregnancy)

تصاب الكثير من الحوامل بأوردة الدوالي (ص 500) أثناء الحمل، وتحدث المشكلة بشكل خاص في الأشهر الأخيرة منه، وذلك لأنه في أثناء الحمل تقوم أوعية الدم بتوريد حجم متزايد من الدم حتى تفي احتياجات الطفل الغذائية، وبعد أن يتضخم الرحم تصبح حركة الدم في أوردة الساق إلى الأعلى، نحو الحوض، أكثر بطأ، مما يسبب أحياناً نشوء ضغط يحدث انتفاخاً وألماً للشرايين في الفخذين وربلتي الساق، وتتأثر الأوردة التي تحيط بمدخل المهبل، والمستقيم، نتيجة لأنواع الضغط نفسها.

العلاج: ينصح بالابتعاد عن الملابس الضيقة عند الخصر، والجوارب ذات المطاط الذي يضغط على الرجل تحت الركبتين أو فوقها، كما ينصح بالاستلقاء وقتاً أطول، وعدة مرات كل يوم، مع رفع القدمين أعلى من الجسم. وعلى التي يقتضي عملها الوقوف طويلاً أخذ استراحات متقطعة تستلقي خلالها، أو ترفع رجليها للأعلى وتمددهما فوق طاولة أو أي شيء مشابه وتفعل ذلك بقدر ما تستطيع.

إن ارتداء الجوارب الداعمة تريح بشكل كبير من إزعاج أوردة الدوالي وتوقف انتفاخ الأوردة بشكل ملموس، ومن الأفضل ارتداؤها صباحاً قبل النهوض من السرير. وبعد الولادة يلاحظ أن انتفاخ أوردة الدوالي قد تراجع بشكل كبير.

مشاكل النوم أثناء الحمل (Sleeping problems during pregnancy)

تجد العديد من النسوة صعوبة في الخلود إلى النوم، أو في استمرارية النوم، أثناء فترة حملهن، وقد يعود ذلك إلى تبدلات مستويات الهرمونات الحاصلة بسبب الحمل، والحاجة الماسة إلى التبول أكثر من المعتاد، والقلق على صحة الجنين، والخوف من عدم القدرة على الاعتناء به وغير ذلك من الهموم الواقعية أو المتوهمة. وفي آخر مراحل الحمل قد تجد الحامل أيضاً صعوبة في إيجاد وضع مريح للنوم، ومما يزيد في صعوبة الخلود للنوم القلق بشأن فقدان النوم مما يشكل إمكانية ظهور حلقة معيبة تزيد الوضع سوءاً. (قلق ـ سهاد ـ قلق).

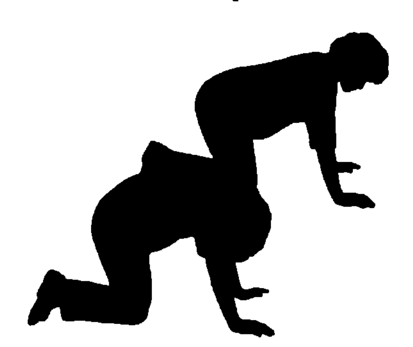
العلاج: ينصح بتطبيق تدابير الاعتماد على الذات الموصوفة (ص 68)، وقد يكون من المفيد أيضاً قبل الذهاب إلى الفراش القيام ببعض تمارين الاسترخاء الخاصة بالحوامل، والتي يمكن أن يعلمها الطبيب للحامل. فإذا لم يفد ذلك، فالأفضل إشغال الوقت بأعمال خفيفة، ومحاولة النوم قدر المستطاع، وإذا نقص مقدار النوم كثيراً، فلا يجوز اللجوء إلى العقاقير المنومة، وعوضاً عن ذلك يراجع الطبيب الذي قد يصف دواءاً مركّناً، إلا أن معظم الأطباء يفضلون عدم وصف أي دواء بسبب إمكانية تأثيراته على الجنين، خاصة في الأسابيع الأربعة عشر الأولى من الحمل، حيث يكون احتمال تأذي الجنين من تناول الأدوية كبيراً، وكذلك قبيل الولادة حيث يمكن للأدوية أن تجعل الوليد كثير النوم بعد الولادة.

ألم الظهر أثناء الحمل (Backache during pregnancy)

إن الأربطة، والنسيج الليفي، التي تربط المفاصل بعضها ببعض بشكل محكم، تصبح أكثر مرونة أثناء الحمل، لكي تسمح للحوض بالتمدد عند الولادة تسهيلاً للوضع، ولكن هذا الارتخاء في المفاصل له تأثير سلبي، فهو يجعل المفاصل أكثر عرضة للاجهاد، وهذا ينطبق بشكل خاص على مفاصل الصلب بسبب تعرضها أثناء الحمل لجهد إضافي. وكذلك فإن نمو الرحم أثناء فترة الحمل يغير مركز توازن الجسم لذلك فإنه حتى الوقوف يسبب ما يسمى بألم الظهر اللانوعي (ص 712).

من الممكن أن تصاب الحامل بألم ظهر يدعى عادة بعرق النسا ـ وهو ألم العصب الوركي ـ (راجعي أنماط ألم الظهر ص 713) حيث يختزن بعض من السائل الإضافي الذي ينتجه الجسم أثناء الحمل في النسيج العصبي مما يجعل العصب الوركي متورماً قليلاً، وهذا يؤدي إلى انضغاطه ضمن القنوات العظمية في منطقة الصلب فيحدث ألماً يشع في الظهر ويتجه إلى الأسفل نحو الساقين. تعاني الكثير من النسوة من ألم بطني أثناء الحمل بسبب تمدد الأربطة التي تصل الرحم بجدار البطن، ويدعى هذا الألم ـ ألم الرباط المدوَّر ـ ويكون أكثر سوءاً في الأشهر الثلاثة المتوسطة للحمل عندما يتمدد الرحم بسرعة كبيرة.

العلاج: بالإمكان تقليل الجهد عن الظهر أثناء الحمل، وذلك بثني الركبتين إذا أرادت الحامل رفع جسم ما، وبعدم السماح لوزنها أن يزداد كثيراً (راجعي التغذية أثناء الحمل). وبالإمكان ممارسة بعض التمارين الخاصة بالحوامل لتخفيف ألم الظهر، وهذه يعلمها الطبيب أو مختص بهذه الأمور. ويمكن تخفيف ألم الرباط المدوَّر غالباً بالاستلقاء على الجانب المؤلم. وكأية مشاكل حمل أخرى تختفي هذه الأنواع من الآلام عادة بعد ولادة الطفل ولعلاج آلام الظهر بشكل عام راجعي (ص 715).



لتخفيف ألم الظهر: هناك تمرين بسيط يخفف من ألم الظهر وهو أن توضع اليدان والركبتان على الأرض والظهر ممدد، ثم يقوَّس الظهر، خاصة منطقة الصلب، نحو الأعلى، ويمدد من جديد عدة مرات، مع الانتباه الشديد ألا يقوّس الظهر نحو الأسفل أبداً لأن ذلك يزيد من الآلام.

ارتفاع ضغط الدم والحمل (High blood pressure and pregnancy)

يرتفع ضغط الدم عند بعض النساء في أوائل فترة الحمل، حيث يكون القلق هو العامل المسبب لذلك، وفي مثل هذه الحالة يعود الضغط تدريجياً إلى وضعه الطبيعي مع مرور الوقت. وفي فترة الحمل المتوسطة نجد أن ضغط الدم ينخفض قليلاً عن مستواه الطبيعي، ثم يرتفع قليلاً في أواخر الحمل، وكل ذلك يحدث من دون أية أعراض. ولكن ارتفاع ضغط الدم الفعلي يحدث صعوبة أثناء الولادة وقد يؤذي الوليد.

إن ارتفاع ضغط الدم في أواخر الحمل يمكن أن يكون عرضاً لحدوث مقدمة الارتعاج والارتعاج (ص 842) ويمكن أن يؤدي إلى نزف قبل الوضع (ص 843)، وتخلف في نمو الجنين أو موته داخل الرحم (ص 845).

العلاج: كلما تم اكتشاف ضغط الدم باكراً كلما كان الحمل أكثر أمناً، لذلك من الضروري مراجعة الطبيب فوراً عند الشك بحدوث الحمل، وعلى المصابة بارتفاع ضغط الدم، من قبل الحمل، أن تجري فحوصات متكررة أكثر من الاعتيادي، وكذلك تجري فحوصات روتينية للدم والبول لمراقبة عمل الكليتين، بالإضافة إلى فحص الجنين داخل الرحم. كما يستعمل جهاز الأمواج فوق الصوتية (ص 853) لمراقبة فيما إذا كان الجنين لا ينمو بشكل طبيعي. وعادة يطلب الطبيب من المصابة بارتفاع ضغط الدم أن تأخذ فترات كافية من الراحة، فإن لم يجد ذلك فإنه سيصف دواءً يخفض الضغط الدموي مما يؤدي في النتيجة إلى ولادة طبيعية. ولكن إن كان ضغط الدم مرتفعاً جداً فإن الطبيب سينصح بإجراء عملية قيصرية عند الوضع بدلاً من الولادة الطبيعية (ص 855) حرصاً على حياة الحامل وحياة الجنين.

اضطرابات القلب والحمل (Heart disorders and pregnancy)

يزيد الحمل من عبء القلب دائماً، فإذا كانت الحامل مصابة بخلل في عمل القلب، كالذي تحدثه اضطرابات القلب الولادية (ص 880) والحمى الرثوية (ص 477)، فإن ذلك قد يؤدي إلى إصابتها بقصور القلب (ص 460).

العلاج: على أية امرأة مصابة بأي اضطراب في القلب استشارة الطبيب قبل قرار إنجاب طفل، وهو يحدد ما ينشأ عن ذلك من مضاعفات ويرشد إلى ما يجب فعله، ولكن، هناك حالات لا يظهر فيها اضطراب القلب إلا بعد الحمل، حيث يقع على كاهله متطلبات إضافية تؤدي إلى ظهور الاضطراب الكامن. وفي هذه الحالة سيطلب الطبيب بكل حزم من المدخنات التوقف عن التدخين، وسيكون ضرورياً أن تتم الولادة في المستشفى حتى يتمكن الطبيب من تأمين ولادة بأقل جهد ودفع ممكنين، لأن ذلك يحمل القلب جهداً إضافياً، ويلجأ إلى قص العجان (ص 855)، وإجراء تخدير موضعي، ويستعمل الملقط (ص 855)، لتسريع الولادة وتخفيف الإزعاج والحيلولة دون تمزق المنطقة أثناء مرور الوليد.

داء السكري والحمل (Diabetes and pregnancy)

إن الداء السكري (ص 671) يمكن أن يكون حالة خطيرة عند المرأة الحامل، وإذا لم يتم التحكم به تماماً، ازدادت احتمالات إصابة الطفل باضطراب ولادي أو ولادة طفل ميت (إملاص). ولكن إذا تم التحكم به بعناية، قبل وأثناء الحمل، تضاءلت المضاعفات كثيراً أو ربما زالت نهائياً. وعلى المصابة بداء السكري استشارة الطبيب قبل أن تسعى إلى الحمل. ومن أجل الحفاظ على إبقاء معدل الغلوكوز (Glucose) في الدم ثابتاً، ينصح الطبيب عادة باتباع حمية صارمة وتناول الأنسولين وإجراء فحوصات دم منتظمة، علماً أنه يوجد العديد من النساء اللواتي يصبن بداء السكري أثناء الحمل مقابل امرأة واحدة مصابة به قبل الحمل.

العلاج: إذا كنت من عائلة ينتشر فيها الداء السكري، وإذا كنت بدينة، أو لديك ارتفاع في ضغط الدم، أو كنت قد أنجبت طفلاً وزنه أكثر من (4,25) كغ عند الولادة، أو إذا أظهرت الفحوصات وجود الغلوكوز في بولك، فإن طبيبك سيطلب منك إجراء فحوصات دم أخرى للتحري عن احتمال الإصابة بالداء السكري (ص 671)، فإذا ثبتت الإصابة بهذا الداء فسيطلب منك اتباع حمية خاصة للتحكم بنسبة السكر في دمك، فإذا لم يكن ذلك ناجحاً، فسينصح بتناول الأنسولين، وإذا كان المرض شديداً جداً، وهذا نادر، فيجب دخول المستشفى في الأيام الأخيرة أو الأسابيع الأخيرة من الحمل للتحكم بمستوى السكر في الدم بشكل دقيق وللاهتمام بحالة الجنين الذي سيولد قريباً.

تنافر الراصات (Rhesus (rh) Incompatibility)

إن تنافر الراصات، يعني، وجود تنافر بين راصات زمرة دم الأم وزمرة دم الطفل (الجنين). تحدد زمرة الدم بوجود أو بعدم وجود جزيئات بروتينية معينة على سطوح خلايا الدم، ويعتمد وجود هذه البروتينات على الجينات الموروثة من الأهل.

يحدث تنافر الراصات فقط عندما تكون راصات زمرة دم الأم سلبية، وراصات زمرة دم الطفل إيجابية، لأنه ورثها عن أبيه ذي الراصات الإيجابية. ومع ذلك قد يكون الأب ذا راصات إيجابية ولكنه ورَّث ابنه راصات سلبية، وفي مثل هذه الحالة لا تحدث مشكلة تنافر الراصات (راجع علم الوراثة ص 938).

يحدث أثناء الولادة، أو الإسقاط، أو الإجهاض، أو النزف، الذي يحدث قبل الولادة (ص 843) أن يدخل عدة قطرات من دم الجنين، أو الوليد، في دم أمه، أي يختلط قليل من دم الطفل مع دم أمه، فتتفاعل راصات دمها السلبية مع راصات دم ابنها الإيجابية، وتتعامل معها كمادة غريبة فتتشكل نتيجة لذلك، أجسامٌ ضدِّية في دم الأم لمقاومة ومحاربة راصات دم الابن. وبما أن هذا التفاعل يحدث عادة في وقت متأخر بعد الولادة، فإن الطفل الأول لا يتضرر ويولد سليماً، ولكن يستمر دمها في إنتاج هذه الأجسام الضدية بعد الولادة. وهي تمرُّ في الحمل التالي من مجرى دمها إلى مجرى دم طفلها (جنينها) النامي في رحمها، وتبدأ بتدمير خلايا دمه الحمراء إذا كانت راصاتها من النوع الإيجابي.

الأعراض: إن تنافر الرَّاصات لا يسبب للأم أية أعراض، بل يسبب للجنين فقر دم انحلالي (ص 522)، ويرقان ولادي (ص 865)، أو في حالات قصوى يموت الجنين في رحم أمه، أو يموت أثناء الولادة. وتزداد هذه المضاعفات مع كل حمل ذي تنافر راصَّات.

العلاج: يجب معرفة زمرة دم المرأة وزمرة دم الزوج قبل الإقدام على الحمل، فإذا كانت راصّات دم الزوجة سلبية وراصات دم الزوج إيجابية فيجب إجراء فحوصات دم روتينية ونظامية أثناء فترة الحمل كلها. وإذا كان الحمل هو الأول، فتجرى الفحوصات للتأكد من عدم وجود أجسام ضدية تتطور داخل جسم الحامل قبل ولادة الطفل. وإذا كان الحمل ليس الأول فتجرى

الفحوصات للتأكد أن العلاج الذي أعطي بعد الحمل السابق كان ناجعاً. وإذا كانت الحامل قد حملت وولدت طفلها الأول ثم عرفت أنه يوجد تنافر راصّات زمرة دمها وزمرة دم وليدها، عندها تجرى فحوصات معرفة تركيز الأجسام الضدية في دمها. ويمكن أن يتم الكشف عن أي ضرر أحدثته على الجنين، إما ببزل السَّلي (ص 853) وفحص السائل السلوي المحيط بالطفل داخل الرحم، أو بأخذ عينة من دم الطفل وفحصها.

لقد طُوِّر في السنوات الأخيرة مصل للتلقيح الوقائي قضى تقريباً على مضاعفات تنافر الراصَّات، ويعطى هذا المصل للأم عن طريق الحقن مباشرة بعد كل ولادة، أو إسقاط، أو إجهاض، أو نزف، فيدمِّر أية خلايا دم حمراء من دم الجنين أو الوليد دخلت دم الأم، وذلك قبل أن يتاح الوقت لجسم الأم لإنتاج الأجسام الضدية، وبهذه الطريقة يكون للحمل التالي نفس مخاطر الحمل الأول لا أكثر. وعادة يعطى هذا الدواء قبل مضي (48) ساعة على الولادة، فإذا لم يتيسر ذلك، أو أهمل ولم تأخذه الأم، فإنه ستظهر في دمها أجسام ضدية تصادم الراصَّات الإيجابية، وهذا لا يسبب أية مشكلة حتى تحمل بطفل آخر ذي راصَّات إيجابية، وهنا تعبر الأجسام الضدية التي تشكلت في جسمها إلى المشيمة ومنها إلى الجنين وتدمر خلايا دمه الحمراء.

في الحالات التي ينتج فيها جسم الأم أجساماً ضدية أثناء الحمل، تبدأ هذه الأجسام بالتأثير على دم الطفل مدمرة خلايا دمه الحمراء، فإذا كان الجنين قد وصل إلى مرحلة النضج الكافي لولادته، عندها يجرى للحامل عملية توليد اصطناعية (ص 854). أما إذا لم يكن الطفل قد نضج بما يكفي لولادته، عندها يجرى عملية نقل دم له وهو داخل رحم أمه مما يعطيه فرصة للنضج لدرجة يصبح فيها إتمام الولادة ممكناً. وبعد الولادة يصاب مثل هذا الطفل باليرقان فإذا كان اليرقان شديداً ربما احتاج إلى عملية نقل دم. ومع التقدم الحديث فقد أصبح المولودون الذين يعانون من تنافر الراصّات أكثر حظاً من السابق.

ـ 2 ـ

مضاعفات الفترة الأولى من الحمل (Complications of early pregnancy)

أثناء الأشهر الثلاثة الأولى بعد الإخصاب يكون الجنين، بشكل خاص، عرضة للأذى، ولأنه يحدث الكثير من الأمور للجنين في هذه الفترة فإن أي خمج يصيب الأم (راجعي الحصبة الألمانية والحمل ص 823)، أو استعمالها لأي دواء بشكل اعتباطي يسبب أذىً لجنينها. بالإضافة إلى ذلك فإن أي عيب جيني شديد أو أي اضطراب في جهاز المرأة التناسلي، يؤثر على انغراس البيضة الملقحة بشكل صحيح، يمكن أن يؤدي إلى مضاعفات خطيرة أكثرها شيوعاً هو الإسقاط في مراحل الحمل الأولى. ومن المضاعفات الأخرى حدوث حمل منتبذ حيث يبدأ الجنين بالنمو خارج الرحم.

الإسقاط (Miscarriage)

يحدث الإسقاط عندما ينتهي الحمل بشكل تلقائي قبل بداية الأسبوع العشرين من الحمل محسوباً من أول يوم من آخر دورة. وبعد هذا الوقت، تعرف نهاية الحمل إذا كان الولد ميِّتاً بالإملاص، وإذا كان حياً بالولادة قبل الأوان، وإن أنهي الحمل بشكل اصطناعي فذلك يدعى بالإجهاض أو إنهاء الحمل.

يحدث الإسقاط عندما ينفصل الجنين النامي والمشيمة عن جدار الرحم الداخلي بسبب وجود عيب في نمو الجنين أو لأن المشيمة غير متعلقة بشكل مناسب، ومع ذلك فقد يكون السبب غير معروف. أما الإسقاطات نتيجة الوقوع أو الحوادث فهي نادرة لأن الجنين محمي جيداً داخل الرحم.

يحصل عند بعض النساء ما يسمى **بالإسقاط المهدد** في الفترة الأولى من الحمل الذي يتميز بحدوث نزف مهبلي بسيط. (في بعض الأحيان يحدث نزف خفيف عندما تنغمس البيضة الملقحة في الرحم، ويُساء تفسير ذلك على أنه إسقاط مهدد). ويحدث لدى حوالي خُمس النساء الحوامل قليل من النزف في الأشهر الثلاثة الأولى، فإذا حصلت الحامل على الرعاية اللازمة فإن الحمل يستمر عادة بشكل طبيعي . ويحدث **إسقاط محتم** عندما يموت الجنين داخل رحم أمه، ولا يمكن عمل شيء لمنع حدوثه. أما **الإسقاط غير التام** فهو يعني أن أجزاء من الجنين والمشيمة بقيت داخل الرحم بعد الإسقاط. **والإسقاط الفائت** يعني أن الجنين قد مات داخل الرحم دون وجود أعراض الإسقاط. وهناك **الإسقاط المتكرر** الذي يحدث عند النساء اللواتي يعانين من اضطرابات هرمونية كما يحدث هذا النوع من الإسقاط بعد الشهر الثالث من الحمل بسبب عدم أهلية عنق الرحم لتتحمل الحمل.

الأعراض: إن أول عرض يمكن أن تلاحظه المرأة عندما تبدأ بالإسقاط هو وجود نزف من المهبل يتراوح بين عدة قطرات من الدم إلى سيلان غزير. وقد يبدأ النزف بدون إنذار، أو تسبقه إفرازات بنية اللون.

يكون الإسقاط المهدد عادة غير مؤلم، أما الإسقاط المحتم فيرافقه عادة ألم في أسفل البطن أو الظهر، يكون إما غامضاً مبهماً أو مستمراً، أو متقطعاً، أو حاداً، وفي مرحلة معينة، تلاحظ الحامل مرور بعض مواد صلبة إلى خارج المهبل، يستحسن الاحتفاظ بها لكي يقوم الطبيب بفحصها. وفي الإسقاط غير التام يستمر الألم والنزف لبضعة أيام إما ثابتاً أو متقطعاً. أما في الإسقاط الفائت فلا يحصل أي نزف أو ألم، ولكن تختفي أعراض الفترة الأولى من الحمل، وغالباً ما يكون العرض الوحيد أن الطبيب يكتشف عدم ازدياد حجم الرحم.

المضاعفات: من المرجح أن ينتهي واحد من عشرة من حالات الحمل بالإسقاط خلال الأسابيع الثمانية الأولى. والإسقاطات عادة لا تعرض حياة المرأة للخطر إلا إذا كان الإسقاط

غير تام، حيث يستمر النزف في مثل هذه الحالة، كما يصاب النسيج المتبقي داخل الرحم بالأخماج. إذا حصل نزف مهبلي للحامل مع أو بدون ألم، فيجب استشارة الطبيب، فإذا كان النزف بسيطاً أو توقف تلقائياً، فسينصحها بالاستراحة في البيت، أما إذا كان النزف غزيراً أو ترافق بألم شديد فإنه سيجري فحصاً للتأكد من سلامة الحمل وقد يجري استقصاءاً بالأمواج فوق الصوتية للتأكد أن الجنين لا يزال حياً. ومن الأفضل عدم ممارسة الجماع لعدة أسابيع بعد النزف لإعطاء الحمل فرصة يثبت فيها.

العلاج: في حال الإسقاط المهدد لا يوجد طبياً ما يمكن عمله ما عدا الاستراحة في السرير قدر الاستطاعة. وإذا كان الإسقاط محتماً أو غير تام أو فائتاً، فلا بد أن يلجأ الطبيب إلى إزالة بقايا الجنين والمشيمة من الرحم.

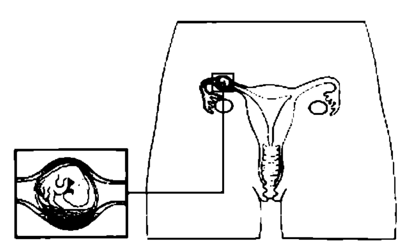
بعد الإسقاط سيطلب الطبيب من المرأة أن تمنح جسمها فترة من الراحة ـ لمدة شهرين ـ حتى يسترجع قوته ووضعه الطبيعي، ومن الأفضل بالتأكيد الانتظار إلى أن يحصل حيض طبيعي لمرة واحدة على الأقل قبل محاولة الحمل من جديد.

النزف المهبلي أثناء الحمل

قد يشير حدوث النزف المهبلي في أي وقت أثناء فترة الحمل إلى وجود مشكلة جدية، ولذلك يجب إخبار الطبيب بالأمر فوراً. ومن المعلوم أن حوالي (20%) من النساء يلاحظن وجود بعض النزف المهبلي في فترة الحمل الأولى. أما النزف المهبلي في الأشهر الثلاثة الأخيرة فيحدث عند أقل من (2%) من النساء، وقد يدل على بدء مخاض مبكر (ص 848) أو نزف من المشيمة (ص 843). وفي كل الأحوال يجب بدء المعالجة فوراً.

الحمل المنتبذ (Ectopic pregnancy)

في الحمل المنتبذ وبعد ما يتم إخصاب البيضة، كالعادة، في قناة فالوب، نجدها تبدأ بالنمو خارج الرحم أو داخل القناة نفسها، وتتشكل المشيمة في النسيج المحيط بها وتسبب تمزقه مما يحدث نزفاً داخلياً، ولا تتحمل النسج وجود المشيمة والجنين مما يمنع استمرار الحمل، وتعاني الحامل من ألم بطني شديد مستمر يتبعه نزف مهبلي. وفي بعض الحالات قد لا تعرف المرأة أنها كانت حاملاً.


يحصل الحمل المنتبذ عادةً في قناة فالوب عندما لا تتابع البيضة الملقحة طريقها نحو الرحم.

يحدث حمل منتبذ واحد من كل مئتي حالة حمل، ويتم كشف معظمها في الشهرين الأولين، وهو يحدث غالباً بسبب شذوذ في إحدى قناتي فالوب أو بسبب وجود خمج فيهما أو

بسبب إجراء عملية جراحية سابقة أو إذا كانت المرأة تستعمل وسيلة منع الحمل داخل الرحم (راجعي منع الحمل ص 809).

العلاج: إذا عانت الحامل من ألم بطني شديد، استمر عدة ساعات، فعليها ألا تتأخر في مراجعة الطبيب، لأن التأخير ربما يحدث نزفاً داخلياً شديداً قد يؤدي إلى الإصابة بالصدمة (ص 467). وبما أن ألم البطن في الحمل المنتبذ مشابه لألم البطن في حالات أخرى عديدة منها الإسقاط، والتهاب الزائدة وخمج قناتي فالوب، فإن الطبيب سيجري فحصاً دقيقاً واستقصاء بالأمواج فوق الصوتية، مما يسمح بوضع تشخيص أكيد وثابت، ولكن قد يضطر الطبيب أحياناً لإجراء تنظير جوف البطن للتأكد من وجود حالة حمل منتبذ.

يعالج فقدان الدم الشديد ـ إن حصل ـ بنقل الدم، ولا بد من إجراء عملية جراحية فوريَّة لإزالة الجنين والمشيمة والنسيج المحيط، وإصلاح الأوعية الدموية الممزقة.

وإذا تأذت إحدى قناتي فالوب بسبب الحمل المنتبذ فستنخفض نسبة الإخصاب قليلاً ولكن ذلك لا يمنع من الحمل حملاً طبيعياً. ومن حملت حملاً منتبذاً مرة واحدة فمن الممكن أن يتكرر لها ذلك.

ـ 3 ـ

مضاعفات الفترة المتوسطة من الحمل (Complications of mid-pregnancy)

في أثناء الأشهر الثلاثة الوسطى من الحمل، تذكر عدة نساء بأنهن لا يشعرن أبداً أنهن أفضل، وإن التغيرات الجسمية المترافقة مع نمو الجنين والتي تحدث ببطء في هذا الوقت ربما تفسر ذلك الشعور.

معظم النساء يبدأن بمراجعة الطبيب بشكل دوري ونظامي عند بداية هذه الفترة، وهو يشرف على صحتهن العامة ويصف لهن الحديد، وحمض الفوليك، لاستكمال هذين العنصرين في أجسامهن، ويتم فحص بولهن ودمهن بشكل دوري لكشف أي دليل على وجود أي اضطراب أو شذوذ.

معظم حالات الحمل تسير بسلاسة أثناء الأشهر الثلاثة الوسطى، لكن قد تحدث بعض المضاعفات، أهمها، فشل عنق الرحم في المحافظة على الجنين (عنق الرحم الفشِل)، ومَوه السلي، وتأخر نمو الجنين داخل الرحم (ص 845)، والتهاب المثانة (ص 796)، وزيادة أو نقصان وزن الأم بشكل مفرط (راجعي التغذية أثناء الحمل ص 828).

عنق الرحم الفَشل (Incompetent cervix)

في هذه الحالة ينفتح، عنق الرحم، أثناء الحمل، ويحدث ذلك عادة بعد الأسبوع الرابع عشر، فينزلق الجنين والمشيمة من الرحم باتجاه المهبل مما يسبب إسقاطاً (ص 838). إن السبب الحقيقي لحدوث ذلك لا يزال مجهولاً.

إن كانت المرأة ممن يوجد لديهن عنق رحم فَشِل، فيمكن منع الإسقاط ببساطة، وذلك بإجراء عملية سهلة يتم فيها خياطة عنق الرحم بإحكام بخيط قوي، مما يمنع انفتاحه وحدوث الإسقاط. ويتم ذلك عادة في أوائل فترة الحمل، تحت التبنيج العام أو الموضعي. ويعطي الطبيب دواءً لتخفيف فرص الإسقاط أو الولادة قبل الأوان، وعندما تصل الحامل إلى يوم الولادة ويبدأ المخاض يقوم الطبيب بقص الخيط. أما إذا مضى (38) أسبوعاً على بدء الحمل ولم يبدأ المخاض فقد يقوم الطبيب بقص الخيط استعداداً للولادة وتحريضاً للمخاض.

مَوَه السَّلي (Hydramnios)

إن مَوَه السَّلي، عادة، حالة غير مؤذية تحدث في المراحل المتقدمة من الحمل، ويسببها فرط كمية السائل السَّلوي حول الطفل. وفي معظم الحالات لا يزداد حجم الرحم كثيراً، بحيث لا يظهر في هذه الحالة أية أعراض، أو يظهر بداية تدريجية لزلة تنفسية أكثر بقليل من الاعتيادي، وعسر هضم، وقساوة في البطن. وفي حالات نادرة يزداد حجم البطن فجأة وتبدأ الأعراض وتترافق مع دوخة وهناك احتمال حدوث المخاض قبل أوانه.

يزداد قليلاً معدل حدوث مَوَه السَّلي عند الأمهات المصابات بالداء السكري و المصابات بمقدمة الارتعاج (الصفحة التالية) وفي حالة الحمل التوأمي (ص 846).

العلاج: إذا كانت درجة مَوَه السَّلي بسيطة فسينصح الطبيب ببساطة باللجوء إلى الاسترخاء والراحة أكثر من المعتاد. وإذا حصلت الحالة فجأة فسينصح بالاستراحة التامة في السرير، ويصف عقاقير ترخي الرحم وتقلل من خطر المخاض قبل أوانه.

الاعتيان المشيمائي Chorionic sampling

يلجأ إلى أخذ عيِّنة من المشيمة من أجل وضع تشخيص لبعض الاضطرابات الوراثية في وقت مبكر، ما بين الأسبوع السادس والثامن من الحمل، فإذا تبين وجود عيوب وراثية عند الجنين فيمكن للأبوين، إن رغبا في ذلك، إنهاء الحمل.

يتم هذا الإجراء بأخذ قطعة صغيرة من الغشاء (المشيمة) المحيط بالمضغة النامية وفحصها. وتنزع عيِّنة الغشاء عبر عنق الرحم بواسطة إجراء مص بسيط يسبب إزعاجاً بسيطاً، ويحتوي هذا الغشاء على نفس جينات المضغة، لذلك يكشف فحصه فيما إذا كان في المضغة أي اضطراب وراثي، ولسوء الحظ، يحمل هذا الإجراء خطراً قليلاً في احتمال إحداث إسقاط، ولذلك لا يجرى إلا في حالات وجود خطر حقيقي بأن يكون الجنين حاملاً لاضطراب وراثي خطير.

لا يكشف هذا الإجراء عن كل الاضطرابات الوراثية، لذلك يرى بعض المختصين تأجيل الفحص إلى الأسبوع السادس عشر أو الثامن عشر من الحمل، فعندها يصبح بالإمكان بزل السلي (ص 853) وتنظير الجنين (ص 854).

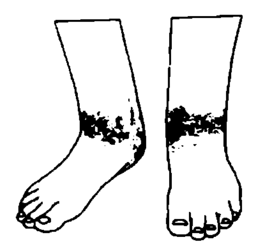
- 4 -
مضاعفات الفترة الأخيرة من الحمل (Complications of late pregnancy)

إن انتهاء فترة الحمل بسلام، والولادة في الوقت الصحيح، يعطيان فرصة كبيرة للوليد لكي يولد حيّاً وهو يتمتع بصحة جيدة، ولذلك يهتم الأطباء كثيراً في المرحلة الأخيرة من الحمل لمنع حدوث مخاض مبكر جداً (ص 848)، وهذا يتطلب أن ترتاح الحامل بشكل كافٍ وتتناول عقاقير مرخية لعضلات الرحم، بحيث لا تبدأ هذه العضلات بتقلصات الولادة قبل الأوان. ولكن في بعض الأحيان يجد الطبيب أنه من الأفضل للحفاظ على حياة الجنين أن يولد باكراً، فيقوم بإجراء تحريض للمخاض (ص 854) أو يقوم بالتوليد بعملية قيصرية (ص 855). ومن الضروري إجراء عملية قيصرية أيضاً إذاأصيبت الحامل بنوبات متكررة من حلأ الأعضاء التناسلية. لذلك مهم جداً للأم والجنين أن تستمر في مراجعة الطبيب أثناء الأسابيع الأخيرة من الحمل بحيث يمكن تشخيص أي مضاعفات ومعالجتها قبل أن يتأذى أيٌّ منهما.

مقدمة الارتعاج والارتعاج (Pre-eclampsia and eclampsia)

إن «مقدمة الارتعاج» هو اضطراب خاص بالفترة الأخيرة من الحمل حيث يرتفع ضغط دم الحامل وتزداد السوائل في جسمها لأسباب غير معروفة، وإذا كان بولها، بالإضافة إلى ذلك، محتوياً على بروتين، فإنها تصبح معرضةً لخطر إصابتها بالارتعاج، حيث يرتفع ضغط دمها بشكل كبير فتصاب بنوبات تشنجية مما يعرض حياتها وحياة طفلها للخطر، لذلك يجب ألا ننسى دائماً أن هذه الحالة خطرة على حياة الاثنين.

في حالة مقدمة الارتعاج الخفيف تشعر الحامل أنها على غير ما يرام، ولذلك يجب مراجعة الطبيب فوراً ليجري كل الفحوصات الخاصة بفترة ما قبل الولادة، لكي يمكن تشخيص الحالة بشكل مبكر. أما أعراض حالة مقدمة الارتعاج الشديدة التي تظهر في الأسابيع القليلة الأخيرة من الحمل فهي صداع، ورؤيا مشوشة، وعدم تحمل الضوء الساطع، وغثيان، وإقياء واحتباس الماء والملح في الجسم، عند ذلك يظهر الارتعاج وتكون أعراضه، اختلاجات وتشنجات وفقدان وعي أحياناً.


قد يشير تورم الكاحلين إلى الإصابة بمقدمة الارتعاج.

يبدو أن «مقدمة الارتعاج» تحدث بشكل خاص أثناء الحمل الأول عند الشابات، وعند النساء المصابات بارتفاع ضغط الدم، أو عند المرأة، التي تنتمي إلى عائلة تعاني نساؤها من هذه المشكلة.

إن الارتعاج نادر الحدوث ويعتقد الأطباء أن ارتفاع ضغط الدم المزمن يلعب دوراً في تأخر نمو الجنين، وأنه يقلل من كفاءة المشيمة التي تزود الجنين بالأكسجين والمواد الغذائية اللازمة له.

العلاج: يصف الطبيب للمصابة دواءً للسيطرة على ضغط دمها المرتفع، وفي نفس الوقت يوصيها بالراحة التامة وتخفيف كمية الملح التي تتناولها وبالتوقف عن التدخين فوراً. وإن ظهرت أعراض «مقدمة الارتعاج» يجب مراجعة الطبيب على الفور، الذي قد يطلب إدخال المصابة إلى المستشفى، وسيعمل على تخفيض ضغط الدم وإزالة السوائل الزائدة من الجسم لمنع حدوث مضاعفات أخرى، وربما يجد أنه من الضروري التوليد الفوري إما بتحريض المخاض (ص 854) أو بعملية قيصرية (ص 855)، مع العلم أنه يترتب على ذلك بعض المخاطر، ويجب على الطبيب والحامل أن يتناقشا ويُوازنا بين احتمال الإصابة بالارتعاج أو التوليد فوراً، وما يترتب على كل من هذين الإجرائين.

نزف ما قبل الوضع (Antepartum hemorrhage)

إن أي نزف من المهبل يحدث بعد انتهاء الأسبوع العشرين من الحمل يسمى نزف ما قبل الوضع أما النزف الذي يحدث في مرحلة مبكرة من الحمل فيعرف بالتهديد بالإسقاط (ص 838).

ينتج نزف ما قبل الولادة عادة عن مشيمة منزاحة (الفقرة التالية)، أو عن تلف أحد أوردة المهبل، أو عن ضرر يلحق بعنق الرحم، أو عن انفصال المشيمة التام أو الجزئي عن جدار الرحم. وفي معظم الحالات يكون نزف ما قبل الوضع خفيفاً وغير مؤذ، والنزف الناتج عن انفصال المشيمة يمكن أن يسبب تخلف نحو الجنين داخل الرحم وإذا كان هذا النزف غزيراً فإنه يعرض حياة الأم وطفلها للخطر.

إن أصيبت الحامل بنزف أثناء الحمل فيجب مراجعة الطبيب فوراً، وإن كان النزف شديداً فيجب دخول المستشفى بحالة إسعاف لإجراء فحوصات دم عامة واستقصاء بالأمواج فوق الصوتية، وإذا كانت الحامل قد خسرت كمية كبيرة من دمها مع استمرار النزف، فإنها تعطى دماً لتعويض ما خسرته منه، وسيتم أيضاً توليد الطفل بأسرع ما يمكن إما بتحريض المخاض أو بعملية قيصرية (ص 855) اعتماداً على فترة الحمل.

انزياح المشيمة (Placenta previa)

انزياح المشيمة هو حالة تنمو فيها المشيمة بشكل منخفض داخل الرحم، إما قرب العنق أو فوقه أحياناً، وإن أي قسم من المشيمة يوجد قرب العنق يكون قليل الدعم ومعرض للأذى. تحدث هذه الحالة عند واحدة من مئتين من النساء الحوامل.

في بعض الحالات، تكون المشيمة في بداية الحمل منخفضة داخل الرحم لكنها تتطور أثناء الحمل وتتحرك نحو أعلى جدار الرحم آخذة وضعاً أقرب إلى الطبيعي ودون أن تسبب أية مشاكل.

الأعراض: لا يسبب انزياح المشيمة أية أعراض خاصة إذا بقي الأمر طبيعياً، ولكن إذا انفصلت المشيمة بشكل جزئي عن الرحم، تصاب الحامل بنزف مهبلي غير مؤلم، ويحدث هذا عادة في الفترة الأخيرة من الحمل. فإن أصيبت بنزف مهبلي أثناء الحمل فعليها الاستراحة في السرير راحة تامة، واستدعاء الطبيب فوراً.

العلاج: إذا أصيبت الحامل بحالة انزياح مشيمة من الفترة الأولى من الحمل، أو كانت الإصابة من الدرجة الخفيفة، فسيجري الطبيب عدة تفريسات بالأمواج فوق الصوتية لتحديد فيما إذا كانت الولادة ممكنة في نهاية الحمل بشكل طبيعي أم لا. أما إذا كان الانزياح كبيراً، وفي مرحلة متأخرة من الحمل، فستعاني الحامل من نزف غزير وستحتاج إلى نقل دم وسيضطر الطبيب إلى توليدها بأسرع ما يمكن لمنع حدوث مزيدٍ من النزف ويتم ذلك بإجراء عملية قيصرية فورية (ص 855). إن مثل هذا النزف قد يسبب ضرراً في دماغ الطفل، أو يؤدي إلى موته، بالإضافة إلى ما تعانيه الأم من خسارتها كمية كبيرة من دمها.

تمزق الأغشية المبكر (Premature rupture of membranes)

تتمزق الأغشية المحيطة بالطفل وهو في رحم أمه، عادة، عندما يبدأ المخاض فيسيل السائل السَّلوي من المهبل باتجاه الخارج (وهذا ما يسمى باللهجة الدارجة ـ ماء الرأس ـ أي الماء الذي ينزل قبل رأس المولود)، ولكن في بعض الأحيان تتمزق تلك الأغشية قبل أن يبدأ المخاض، مما يسبب مخاضاً سابقاً لأوانه (ص 848)، أو يسبب دخول العوامل الخامجة إلى داخل الرحم.

العلاج: إذا حدث تمزق في الأغشية، وظنت الحامل أن ذلك حدث باكراً قبل أوانه فعليها مراجعة الطبيب وهو سيعطي الأدوية اللازمة لمنع حدوث أية أضرار للطفل، ويجري أيضاً بزل السلي (ص 853) للكشف عن مدى تطور رئتي الطفل، ولمعرفة إمكانية بقائه حياً إذا أخرج بعملية قيصرية.

إذا حدث تمزق أغشية مبكر وكان موعد الولادة المتوقع خلال أسبوعين، أو ثلاثة، وأكدت الفحوصات أن الطفل ناضج بشكل كافٍ ليعيش خارج رحم أمه، فسيتم إجراء تحريض للمخاض (ص 854) والتوليد بشكل طبيعي، أما إذا كان موعد الولادة المتوقع أبعد من ذلك فسيتم إعطاء الحامل دواء لرخي عضلات الرحم في محاولة لتأخير المخاض السابق لأوانه.

وفي بعض الأحيان يشفى تمزق الأغشية الصغير تلقائياً، ومن دون علاج، ويستمر الحمل طبيعياً حتى انتهاء مدته المتوقعة ولكن تبقى فرصة الإصابة بالأخماج ممكنة، لذلك يجب مراقبة الحالة بعناية فائقة.

موت الجنين داخل الرحم (Intrauterine death)

هو الحالة التي يموت فيها الجنين في رحم أمه بعد الأسبوع العشرين من الحمل. وفي حالات عديدة يحدث هذا الموت داخل الرحم بسبب مقدمة ارتعاج، أو ارتعاج (ص 842)، أو نزف ما قبل الوضع (ص 843)، بسبب الحمل المديد (ص 846) أو شذوذ حاد لدى الطفل. ومن الممكن أيضاً أن يكون له علاقة بالداء السكري (ص 671) عند الأم، وفي حالات أخرى لا يعرف سبب حدوثه. وعادة يكون العرض الوحيد للموت داخل الرحم هو عدم استمرار شعور الأم بحركة الجنين. فإذا لم يسمع الطبيب صوت ضربات قلب الجنين فإنه سيجري تخطيط كهربائية القلب للجنين (ECG)، وفحوصات أخرى خاصة، للتأكد من موته، فإذا كان ميتاً داخل الرحم، وإذا لم ينزل تلقائياً، يجرىٰ تحريض مخاض اصطناعي (ص 854).

تأخر نمو الجنين داخل الرحم (Intrauterine growth retardation)

في بعض حالات الحمل، لا تقوم المشيمة بتزويد الجنين بما يكفيه من غذاء، مما يسبب تأخراً في نموه داخل رحم أمه. وعادة، يكون سبب قصور المشيمة في هذا الاضطراب هو التعرض لمقدمة ارتعاج، أو لارتعاج شديدين (ص 842)، أو إصابة الحامل بارتفاع ضغط دم (ص 463)، أو إصابتها بنزف ما قبل الوضع (ص 843) أو بمرض قلبي (راجع اضطرابات القلب والحمل ص 835) أو بالداء السكري (ص 671) أو بانزياح المشيمة.

المضاعفات: يحوي جسم الطفل في مثل هذه الحالة عند ولادته دهناً أقل مما هو طبيعي، لذلك تكون مقاومته للبرد أقل من الطبيعية، ويكون عرضة لنقص سكر الدم (ص 676)، وإذا تمت ولادة الطفل باكراً فإنه سيصاب بمضاعفات المخاض قبل أوانه (ص 848).

العلاج: يجب على كل امرأة حامل أن تراجع طبيبها في فترة ما قبل الولادة؛ بحسب البرنامج الذي يضعه لها، وإذا كانت في الفترة ما قبل الأسبوع الثلاثين وظنت أن الطفل لا يتحرك بالقدر الذي كان يتحرك به من قبل فعليها مراقبة حركاته بشكل دقيق، بل وتسجيلها لمدة يومين، ثم مراجعة الطبيب حول الموضوع، ويجب التذكير دائماً أنه في بعض الحالات قد تغيب حركة الطفل بشكل كامل لبعض الوقت على الرغم من أن كل شيء طبيعي تماماً، ومن الحكمة والأفضل مراجعة الطبيب لإجراء الفحص اللازم، فإذا وجد أن ذلك ضرورياً فإنه سيجري عدة فحوصات، كفحص الدم والبول لقياس مستوى الهرمونات، وسيقوم بتفريسات

بالأمواج فوق الصوتية (ص 853) وفحص ضربات قلب الجنين (ص 854) للتأكد من سلامته. فإذا وجد أن نمو الجنين متأخر، وأنه لا ينمو بشكل جيد، فسيدرس إمكانية توليده، حيث قد يصبح نموه أفضل في مركز الحضانة في العناية المشددة فهناك لا يعتمد على المشيمة التي لا تؤدي وظيفتها بشكل فعال. ويتم التوليد بتحريض المخاض صناعياً (ص 854) أو تجرى عملية قيصرية (ص 855).

الحمل المديد (Postmaturity)

يبدأ المخاض عادة عندما ينضج الجنين تماماً ويصبح بإمكانه البقاء حياً من دون الاعتماد على المشيمة، فإذا وصل إلى هذه المرحلة، ومضى وقت الولادة، ولم يحدث المخاض فربما يؤدي ذلك إلى تضرر الجنين، وتعرف هذه الحالة بالحمل المديد، حيث تصبح المشيمة الهرمة أو المسنَّة غير قادرة على أن تزود الطفل بكفايته من الدم الذي يمدُّه بالأكسجين والغذاء، بمعنى أن كمية الأكسجين التي يحصل عليها الطفل تصبح غير كافية، مما يؤدي إلى تضرر دماغه أو حتى موته.

إن معدل الإملاص (ولادة الطفل ميتاً) عند الأطفال الذين يولدون متأخرين هو تقريباً الضعف بالنسبة للأطفال المولودين في الوقت الصحيح.

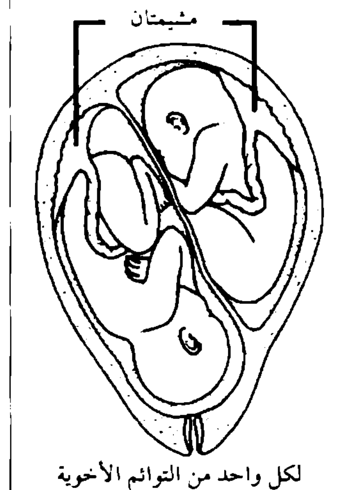
إذا شك الطبيب في أن الحامل دخلت مرحلة الحمل المديد، فإنه سيجري لها تحريضاً للمخاض (ص 854) ويوضع الطفل أثناء المخاض تحت مراقبة دقيقة، باستعمال أدوات خاصة، فإذا بدا أنه في وضع صعب تُسرَّع عملية التوليد باستعمال ملاقط (ص 855)، أو بإجراء عملية قيصرية فورية (ص 855).

حمل التوائم

تحمل المرأة بتوأمين إما بسبب انشطار البيضة الملقحة إلى اثنتين، أو بسبب تطور متوازٍ لبيضتين ملقحتين معاً، أما التوائم الثلاثية فهي نادرة جداً.

إن انشطار البيضة الملقحة إلى اثنتين يؤدي إلى إنجاب توأمين متشابهين تماماً (توأمين مثلين) ويكون لهما مشيمة واحدة. أما تطور بيضتين ملقحتين معاً فذلك يعني أن نطفتين قد أخصبتا بيضتين وتطورتا معاً، فيؤدي ذلك إلى إنجاب توائم غير متشابهة، ويكون لكل واحد منهما مشيمة خاصة به.

إن الحمل بتوائم ليس سيئاً بالنسبة للأم أو لتوأميها ما دامت تحصل على تغذية مناسبة واستراحة كافية، وعناية جيدة، قبل الولادة. لكن لكل حمل مضاعفات، وفي حالة حمل التوائم تزداد



لكل واحد من التوائم الأخوية مشيمته الخاصة

تلك المضاعفات، فتزداد قليلاً حالة فقر الدم (ص 831) ومقدمة الارتعاج (ص 842) وانزياح المشيمة (ص 843) والنزف ما قبل الوضع (ص 843)، عما هي عليه إذا كان الحمل غير توأمي، وتتم الولادة تقريباً في ربع حالات حمل التوائم قبل وقتها بأربعة أسابيع، أو أكثر، (يراجع المخاض السابق لأوانه ص 848).

يكتشف الطبيب الحمل المتعدد أثناء الفحص الروتيني في فترة ما قبل الولادة، ويتثبت من ذلك بالفحص بالأمواج فوق الصوتية (ص 853)، وينطبق على الحامل في هذه الحالة كل ما ينطبق على الحامل بجنين واحد، مضافاً إليه اهتمام أكثر بكل الشؤون الخاصة بالحمل.

وعلى الحامل مراجعة الطبيب إذا لاحظت في الفترة الأخيرة من الحمل وجود إفرازات مائية من المهبل، أو حدوث زيادة تقلصات رحمية، لأن ذلك يعني أنها تمرُّ بمرحلة المخاض السابق لأوانه، والطبيب يعطي في هذه الحالة دواءً لإرخاء عضلات الرحم، والعمل على تأخير الولادة.

- 5 -
الولادة (Childbirth)

هناك عدة مؤشرات تدل على اقتراب موعد الولادة، وأول مؤشر في المخاض الطبيعي هو حدوث تقلصات في عضلات الرحم. في البداية تبدو هذه التقلصات كنوبات ألم منتظمة تشبه تقلصات الأمعاء (ألم البطن)، وتحدث وخزات ألم في الظهر، وكلما اقترب وقت الولادة تزداد تلك التقلصات وتصبح على فترات منتظمة ويقل الزمن الفاصل بين كل تقلص وآخر.

إن التقلصات فقط ليست دائماً نذيراً موثوقاً على بدء المخاض. فأثناء الحمل يتكرر تقلص الرحم استعداداً للمخاض، وتكون تلك التقلصات عادة غير ملاحظة حتى الأسابيع الأخيرة من الحمل. فإذا حصلت تقلصات غير مترافقة مع أي إنذار آخر، ولم تتكرر بازدياد مضطرد فليست الحالة حالة مخاض.

عندما يبدأ المخاض، فإن السدادة المخاطية، التي تشكل حاجزاً بين الرحم والمهبل، أثناء الحمل، تنطرح كإفراز دموي، وهذا الشيء الذي يسميه الناس (العلامة)، ليس ذا أهمية، حيث يوجد مؤشر آخر يدل على بدء المخاض، هو انفجار (تمزق) الأغشية المحيطة بالسائل السَّلوي، الذي يعوم فيه الطفل، وعندما يحدث ذلك يحصل تسرب بطيء للسائل من المهبل، أو يحدث تدفق مفاجئ منه، وهذا يدعى تدفق الماء (Breaking water) وهو عادة نذير اقتراب الولادة. وعند حصول هذه المؤشرات يجب الاتصال بالطبيب (أو القابلة) لترتيب أمر الولادة. ويتم عادة إجراء فحص لمعرفة موضع الطفل، وتعطى الحامل حقنة شرجية لتفريغ الأمعاء، وربما يتم حلق كل، أو جزء، من شعر العانة تحسباً لحدوث أي خمج محتمل.

مراحل المخاض: يمر المخاض عادة في ثلاث مراحل:

تبدأ **المرحلة الأولى**: بالتقلصات الأولى التي تساعد على فتح عنق الرحم، الذي يمر من خلاله الطفل مغادراً رحم أمه إلى الوسط الخارجي، ومع كل تقلص ينفتح العنق تدريجياً ويتوسع مرتفعاً نحو الأعلى، حتى يصبح غير مرئي، ويندمج مع جدار الرحم. ويصل التوسع إلى أقصاه عندما يصل قطر الفتحة حوالي (10) سم مع بروز رأس الطفل منها.

يبلغ متوسط الفترة الزمنية للمرحلة الأولى من المخاض (12) ساعة، ومن (4 ـ 8) ساعات للولادات التالية. (بعض النساء اللواتي ينجبن الطفل الأول يمكن أن تدوم عندهن المرحلة الأولى لأكثر من (24) ساعة، وهناك بعض النساء اللواتي قد أنجبن عدة أطفال، تدوم لديهن المرحلة الأولى من المخاض عدة دقائق فقط). وعندما يتوسع العنق بالكامل تكون الحامل قد بدأت تعبر من المرحلة الأولى إلى المرحلة الثانية من المخاض، ونلفت النظر هنا إلى أنه قد يتوقف المخاض لفترة زمنية مؤقتة عند هذه النقطة.

عندما تبدأ **المرحلة الثانية**: من المخاض تصبح التقلصات أقوى بكثير ويرافقها عادة رغبة بدفع الطفل نحو الخارج عبر قناة الولادة، وعندما يتحرك الطفل ماراً بها فإنه يضغط على المستقيم مما يجعل الحامل تشعر برغبة في التغوط. وعلى الحامل أن تدفع عند وجود تقلص وذلك لكي تتحد القوتان (قوة الدفع وقوة التقلص) في طرد الطفل نحو الخارج.

تنتهي المرحلة الثانية من المخاض عندما يبرز الطفل بشكل كامل من قناة الولادة، وتدوم هذه المرحلة بمعدل ساعة للولادة الأولى ونصف ساعة للولادات اللاحقة.

بعد الولادة مباشرة يغلق الحبل السري، الذي يصل بين الطفل الذي أصبح خارج جسم أمه والمشيمة التي لا تزال داخل الرحم، بملقط ثم يقطع.

المرحلة الثالثة: من المخاض هي توليد المشيمة (الخلاص) حيث يستمر الرحم بالتقلص لطردها خارجاً، ويحدث أثناء هذه المرحلة بعض النزف، ويتحرك الحبل السري قليلاً نحو الخارج. ومن أجل تسريع هذه المرحلة، ومحاولة تجنب المزيد من النزف يقوم الطبيب المولد بسحب الحبل برفق زائد وهدوء، بينما يضغط على البطن بيده الأخرى. وتدوم هذه المرحلة من المخاض عادة حوالي (15) دقيقة.

بعد توليد المشيمة، يتم إعطاء النفساء أدوية تمنع النزف الزائد، ويتم تنظيف وخياطة أية تمزقات، أو قص، أو قطع أحدثه الطبيب.

المخاض السابق لأوانه (Premature labor)

المخاض السابق لأوانه هو الذي يحصل قبل الموعد المتوقع للولادة، فيولد الطفل قبل موعده، وهذا يعني أنه استمر ينمو في رحم أمه لمدة أقل من [37] أسبوعاً.

إن مقدمة الارتعاج والارتعاج الشديدين (ص 842) يسببان حوالي ثلث جميع حالات المخاض السابق لأوانه، وهناك أيضاً أسباب أخرى، كارتفاع ضغط الدم أثناء الحمل، وانزياح المشيمة (ص 843) والنزف ما قبل الوضع (ص 843) وتدخين الحامل، وأسباب أخرى. يقدر عدد حالات الحمل التي تنتهي بالمخاض السابق لأوانه بـ (5%).

كلما ولد الطفل في وقت مبكر كلما قلت فرص نجاته، والأطفال الناجون يتعرضون للإصابة بمتلازمة ضيق التنفس (ص 864)، واليرقان الولادي (ص 865)، ويزداد خطر هذه الاضطرابات كلما كانت الولادة سابقة لأوانها.

العلاج: على المرأة التي تشك بمخاض مبكر (راجعي المخاض السابق لأوانه ص 848) أن تراجع الطبيب أو تذهب إلى المستشفى فوراً حيث سيتم التأكد من بدء مرحلة المخاض فعلياً، ويجرى بزل السَّلىٰ (ص 853) لمعرفة مدى نمو رئة الطفل. فإن وجد الطبيب أن المخاض في بدايته فسيصف دواءً لإرخاء عضلات الرحم لإيقاف تطور المخاض. أما إذا تقرر الاستمرار في المخاض، فإن الطبيب يقص العجان (ص 855) للسماح بالمرور الحر لرأس الطفل، الذي يكون أكثر هشاشة من رأس الطفل ذي الحمل الكامل، ويستعمل الملقط (ص 855) لحماية الرأس.

بعد الولادة وخروج الطفل يوضع في قسم العناية الخاصة، ويتم مراقبة نبضات قلبه وتنفسه ودرجة حرارته بشكل دقيق، ويتم معالجة أية مشاكل على الفور. وبسبب التقدم الحديث بالعناية بالخدج فإن الطفل سيحصل على فرصة جيدة للبقاء والعيش حياة طبيعية.

تفريج الألم أثناء المخاض (Pain relief in labor)

تختلف كثيراً شدة الألم أثناء المخاض بين امرأة وأخرى، وتؤثر الحالة المعنوية على ذلك لدرجة ملحوظة، فإذا كانت خائفة ومتوترة فإنها ستعاني من زيادة في الآلام، وهذا هو أحد أسباب ضرورة تعلمها كيفية الولادة بطريقة سهلة، ويتم ذلك عادة في المجتمعات المتحضرة في دورات خاصة، حيث تتضمن التمارين، التدريب على التنفس، والاسترخاء، والدفع.

ربما تكون الولادة سلسة وبسيطة، وتمر من دون الحاجة إلى أي إجراء لتفريج الألم أثناء المخاض، ولكن إذا احتاجت المرأة لذلك، فهنالك عدة طرق مختلفة متوافرة لهذا الإجراء. فإذا كانت المرحلة الأولى من المخاض مؤلمة جداً، يتم إعطاء الحامل دواء يساعد على تخفيف التوتر والألم ويتخذ هذا الإجراء إذا كان الطبيب يعتقد أن الولادة ليست على وشك الحدوث، لأن مثل هذا الدواء يؤثر على تنفس الطفل المولود حديثاً، إذا أعطي في المراحل المتأخرة من المخاض.

وهناك طريقة أخرى لتفريج الألم في نهاية المرحلة الأولى من المخاض، وأثناء المرحلة الثانية منه، وهي جعل الولّادة تستنشق هواءً ممزوجاً بغاز مخدر، فيفرِّج عنها الألم لفترة قصيرة، ولكنها طريقة لا تستعمل دائماً.

وإذا كان الألم في المهبل فيمكن تفريجه بتخدير النسج موضعياً، ويدعى هذا الإجراء «إحصار الفرج» ويستخدم غالباً قبل الولادة التي تتم بالاستعانة بالملقط، أو قبل قص العجان، حيث يجرى شق في المهبل يساعد على الولادة.

هناك طريقة أخرى لتفريج الألم يستعملها بعض الأطباء أو بعض المشافي، وهي حقن مادة مخدرة في منطقة الصلب (أسفل العمود الفقري) لتخدير الجزء السفلي من الجسم، مؤقتاً، مما يجعل الحامل لا تشعر بأي ألم. لكن إذا اتخذ هذا الإجراء في وقت متأخر من المرحلة الأولى للمخاض فإن تأثيره سيستمر فعالاً بحيث تصبح غير قادرة على دفع الطفل نحو الخارج، مما يستوجب إجراء الولادة بالاستعانة بالملقط (ص 855).

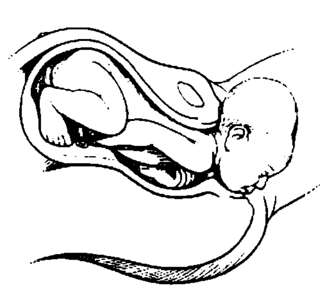
مخاض طويل الأمد (Prolonged labor)

ينشأ المخاض الطويل الأمد عن سببين: إما أن عضلات الرحم لا تقوم بتقلصات منتظمة وقوية بشكل كاف (يدعى أحياناً بالرحم الخامل)، أو أن هناك ما يعيق الولادة الطبيعية، وتحدث الإعاقة عندما يكون رأس الطفل كبيراً جداً بحيث لا يمكن أن يخرج من التجويف الحوضي عبر المخرج العظمي، أو بسبب سوء مجيء (يراجع البحث التالي) عندما يكون الطفل بوضع يجعل الولادة صعبة.

تحرض عضلات الرحم على زيادة التقلصات بتسريب دواء داخل الوريد (يراجع تحريض المخاض ص 854). وقد تدعو الحاجة في بعض حالات المخاض طويل الأمد إلى إجراء عملية قيصرية (ص 855) أو استعمال ملقط (ص 855) حسب مرحلة المخاض وموضع الطفل.

سوء مجيء الطفل (Malpresentation)

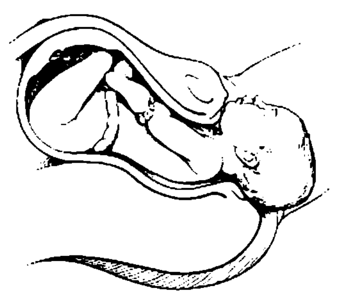
إن جزء جسم الطفل الذي يكون عند مخرج التجويف الحوضي للأم، مباشرة قبل الولادة، يدعى قسم المجيء. وأكثر أقسام المجيء شيوعاً هو الرأس، حيث يكون التاج في تجويف الحوض، ووجه الطفل باتجاه ظهر الأم، ويؤمن هذا المجيء مرور للطفل عبر قناة الولادة بسهولة. لكن أحياناً يتخذ الطفل أوضاعاً أخرى مختلفة، تسبب صعوبات ومشاكل أثناء الولادة تدعى بحالة سوء المجيء.



المجيء الطبيعي للوليد أثناء الولادة.

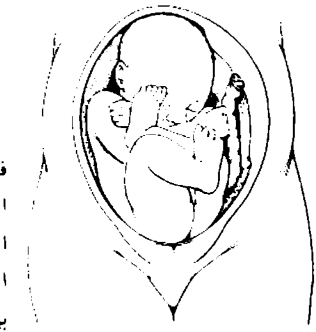
هناك حالتان شائعتان من سوء المجيء وهما: المجيء القذالي الخلفي، والمجيء المقعدي.

في حالة المجيء القذالي الخلفي (Occipital posterior presentation) يكون الرأس نحو الأسفل، ولكن اتجاه الوجه نحو الجهة الأمامية للأم، وهذا يجعل من الصعب على الطفل المرور بقناة الولادة، لكن الذي يحدث عادة هو أن يدور الطفل تلقائياً إلى الوضع المناسب. ورغم ذلك قد تدعو الحاجة إلى استعمال الملقط، أو إلى إجراء عملية قيصرية.



في حالة المجيء القذالي الخلفي تنضغط الذقن على الصدر لذلك لا يستطيع الوليد ثني عنقه للوصول إلى منحنى قناة الولادة كما هو الحال في المجيء الطبيعي.

والمجيء المقعدي (Breech presentation) شائع بشكل خاص في المخاض السابق لأوانه (البحث السابق) لأن الطفل لم يتخذ، بعد، وضعه الطبيعي، استعداداً للولادة، لأن هذا يحصل عادة في الفترة الأخيرة من الحمل، فتتجه إليتا الطفل نحو الأسفل وتبرز إحدى قدميه، أو القدمين، أولاً، وفي الولادة الأولى المقعدية يكون رأس الطفل معرضاً للضغط أثناء مروره بقناة الولادة، لأن مرور الإليتين أولاً لا يوسعانها بالقدر الكافي لمرور الرأس، ويجب في مثل هذه الحالة إجراء عملية قيصرية، أو استعمال الملقط. في بعض الحالات يستطيع الطبيب بواسطة يديه أن يحرك الطفل إلى وضع مجيئه الطبيعي أثناء الأسابيع الأخيرة القليلة من الحمل، فإذا استمر الحمل مقعدياً حتى بدء المخاض فقد يقرر الطبيب السماح بحدوث ولادة طبيعية مع اتخاذ كامل الاستعدادات لإجراء عملية قيصرية حين الضرورة.



في المجيء المقعدي يمر الوليد عبر قناة الولادة مستبدئاً بإليتيه أولاً.

عدم التناسب (Disproportion)

تعني هذه العبارة أن تجويف حوض الأم ضيق جداً بحيث لا يمكن أن يسمح بمرور رأس الطفل. يحدث ذلك عند النساء ذوات العظام الرقيقة والنساء دون طول 150سم (5 أقدام).

في بعض الحالات يكون حوض المرأة صغيراً بشكل غير متناسب بسبب إصابة ما. ويمكن أن يحدث عدم التناسب أيضاً إذا كان رأس الطفل كبيراً بشكل غير عادي، كما هو الحال في مَوه الرأس (ص 879).

إذا شك الطبيب بوجود حالة عدم تناسب فإنه يفحص الحامل عدة مرات إضافية في الفترة الأخيرة من الحمل، فإذا وجد أن عدم التناسب شديد، ينصح بإجراء عملية قيصرية.

فإذا بدأ المخاض، يتم قياس حجم الحوض أو يصور شعاعياً لتحديد التركيب العظمي للطفل والأم، ولا ينصح بذلك قبل المخاض لأن أشعة (X) تؤذي الجنين. وبناءاً على النتائج يُتخذ القرار بطريقة التوليد.

النزف بعد الوضع (Postpartum hemorrhage)

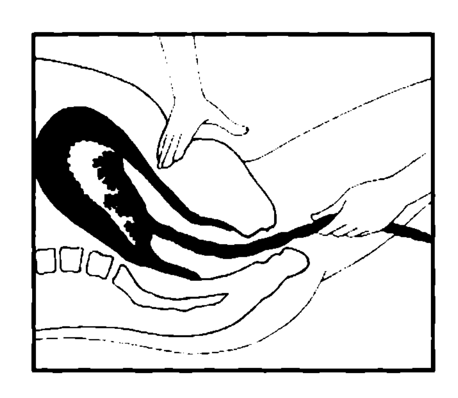
إن النزف بعد الوضع هو فقدان كمية كبيرة من الدم، من الرحم أو المهبل، بعد الولادة، ويحدث هذا عادة عندما لا تتقلص عضلة الرحم بشكل كاف للسيطرة على النزف الذي أحدثه انفصال المشيمة عن الرحم. وتنشأ هذه المشكلة بسبب تعب العضلات بعد فترة طويلة جداً من المخاض، أو بسبب ضعف سابق في عضلات الرحم، أو عندما يتم شد عضلات الرحم بشكل مفرط أثناء الحمل التوأمي، أو بسبب تكرار الحمل مرات كثيرة، أو بسبب بقاء أجزاء من المشيمة داخل الرحم تمنعه من الانغلاق بشكل كافٍ، أو بسبب تمزق الأنسجة أثناء التوليد.

يتم التحكم بالنزف من الرحم عن طريق عقاقير تحث الرحم على التقلص. أما إذا بقيت أجزاء من المشيمة داخل الرحم فيجب إزالتها. وإذا كان النزف بسبب أنسجة المهبل الممزقة فيجب خياطة التمزق.

المشيمة المحتجزة (Retained placenta)

تنفصل المشيمة عن جدار الرحم وتنطرح خارجاً بشكل طبيعي بعد الولادة وبمساعدة الطبيب الذي يضغط على بطن المرأة ويسحب الحبل السري ببطء وهدوء. لكن في بعض الأحيان تحتجز المشيمة في الرحم لأنها لم تنفصل كلياً عن جداره. فإذا لم تطرح خلال (30) دقيقة بعد الولادة فإنها تدعى حالة مشيمة محتجزة.

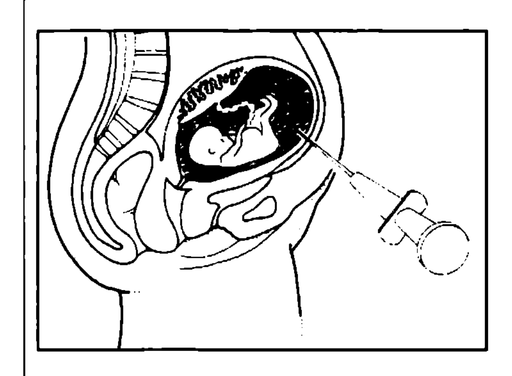
إذا لزم الأمر يمكن إزالة المشيمة المحتجزة يدوياً من قبل الطبيب، بعد إعطاء نوع من المخدر، وبعد إخراجها تعطى النُفَساء دواءً ليحث الرحم على التقلص منعاً لحدوث نزف مفرط.



المساعدة على إخراج المشيمة

إجراءات خاصة أثناء الحمل

بزل السّلى (Amniocentesis) : في إجراء بزل السّلى يدخل الطبيب إبرة مجوفة عبر البطن وجدار الرحم والكيس السّلوي لسحب عينة من السائل داخله، والمحيط بالطفل داخل الرحم. يُجرى بزل السّلى في حال احتمال إصابة الطفل بمتلازمة داون (Down) (ص 875) أو السنسنة المشقوقة (ص 877) أو شذوذ موروث خطير آخر، أو إذا كانت الحامل قد أنجبت طفلاً غير طبيعي، أو إذا كان هناك وراثة لبعض الأمراض الشاذة، أو إذا كانت فوق الخامسة والثلاثين من العمر، ويتم ذلك بين الأسبوع السادس عشر والثامن عشر من الحمل.



يجري بزل السّلى، وهو أخذ عينة من السائل السلوي من الرحم، إذا شك الطبيب بوجود شذوذ يمكن تشخيصه بفحص الخلايا التي يطرحها الطفل في هذا السائل.

يتخذ هذا الإجراء أيضاً للكشف عن مدى نضج رئتي الطفل، إذا تم توقع مخاض سابق لأوانه (ص 848) أو إذا كان الطفل سيولد بعملية قيصرية. .

في بادئ الأمر يجرى فحص بالأمواج فوق الصوتية لتحديد الموضع الدقيق لكل من الطفل والمشيمة، ثم يستعمل مخدر موضعي لتخدير البطن مكان البزل، ثم يجرى البزل. ولهذا الإجراء مضاعفات قد تكون خطيرة، لذلك لا يلجأ إليه إلا عند الضرورة، مع العلم أن بزل السّلى يمكّن من تحديد جنس الجنين.

الأمواج فوق الصوتية : (Ultrasound) : هناك جهاز خاص يبث الأمواج فوق الصوتية عبر نسج الجسم، ويسجل ارتدادها (الصدى) عندما تصطدم بما هو موجود داخل جسم الإنسان، ومن ثم يحول هذه التسجيلات إلى صورة فوتوغرافية (Photographic image). وعندما يستعمل هذا الجهاز لفحص ما بداخل بطن، أو رحم المرأة الحامل، يدهن بطنها أولاً بطبقة زيتية خاصة، ثم يوضع الجزء الخاص من الجهاز فوق بطن المرأة ويحرك بهدوء وبطء، حسبما يتطلبه الفحص، فترتسم صورة على شاشة الجهاز يستطيع الخبير أن يفهم معناها. هذا الجهاز يعطي صوراً واضحة جداً للجنين في كافة مراحل تطوره خلال فترة الحمل، ويستعمل لقياس حجم وشكل الجنين بدقة، ولتحديد مرحلة الحمل، وللكشف عن التوائم ولإظهار معدل تطور الجنين في حال تأخر نموه داخل الرحم (ص 845)، وللكشف عن وضعية الطفل في الرحم أثناء المراحل الأخيرة ولتحديد وضعية المشيمة في حال انزياحها (ص 843) وللكشف عن أي تشوهات في جسم الجنين.

إن تطبيقات واستعمالات هذا الجهاز غير مؤلمة ولا تؤذي الجنين ولا الأم.

تنظير الجنين (Fetoscopy) : في هذا الإجراء يتم إمرار منظار جوف البطن (Laparoscope) (جهاز يسمح للطبيب بالنظر داخل الجسم) إلى داخل الرحم. والتقنية المستخدمة هنا مشابهة لبزل السَّلى. وعندما يصبح المنظار في الداخل، يستطيع الطبيب أن يفحص الجنين، ويستطيع أخذ عينة من دمه بواسطة جهاز خاص متصل بمنظار جوف البطن، وأن يجري عملية ثانوية أثناء هذا الإجراء يتم فيها فتح مجرى جانبي لبول الجنين لتجاوز الإنسداد الحاصل في جهاز بوله.

مراقبة الجنين (Fetal Monitoring) : هي طريقة تستعمل لتسجيل معدل نبضات قلب الجنين، وحركته، وتقلصات الرحم أيضاً، وهي تطبق بشكل عام لمراقبة الجنين أثناء المخاض، ولكنها قد تستعمل أيضاً في الأسابيع القليلة الأخيرة من الحمل.

تجري مراقبة الجنين أثناء فترة الحمل إذا كان قد حصل للأم سابقاً إملاص (ولادة طفل ميت) أو إذا كان لدى الأم أعراض مقدمة الارتعاج (ص 842) أو إذا كان نمو الجنين أبطأ مما هو متوقع، والغرض من هذه المراقبة هو تحديد كيفية رد فعل الجنين للمخاض.

في هذا الإجراء يتم حزم (ربط) أجهزة تسجيل - متصلة بجهاز مراقبة إلكتروني - حول بطن الأم. ويتم تسجيل إما معدل نبضات القلب واستجابات أخرى لدى الأم وجنينها، أو يتم إجراء اختبار الجهد، حيث تعطى الأم، وبحذر، جرعة معينة من عقار يحرض الرحم على التقلص ومن ثم يتم تسجيل استجابات كل من الأم وجنينها. وكبديل لهذه الطريقة من الممكن أن تتنشق الأم مزيجاً معداً خصيصاً لها من الأكسجين والنتروجين وهذا المزيج يقلل من كمية الأكسجين الموجودة في دمها، ومن ثم يراقب الجنين وردات فعله. وبعد تحليل هذه الاستجابات يستطيع الطبيب أن يقرر، عندما يبدأ المخاض، ما إذا كان بالإمكان الاستمرار بعملية الولادة، من دون أي تدخل، أو أنه من الأفضل إخراج الطفل بعملية قيصرية.

يتم إجراء مراقبة الجنين أثناء الحمل بشكل روتيني عندما يكون هناك سبب يستدعي مراقبته عن كثب بشكل أكثر من الاعتيادي وهو ما يزال في رحم أمه. ويعتقد كثير من الأطباء أن مراقبة الجنين يجب أن تجرى أثناء كل المخاضات. عند بدء المخاض، وبعد أن تتمزق الأغشية التي تحيط بالجنين (ص 847) يوصل مسرى كهربائي على فروة الجنين (أو على بطن المرأة من الخارج) لمراقبة استجابته للمخاض بشكل أدق. فإذا كانت هناك أية إشارات سلبية تدل على خطر متوقع، يقرر الطبيب فوراً أنه من الأسلم إخراج الطفل بسرعة بإجراء عملية قيصرية.

فحوصات مراقبة أخرى: أثناء الحمل يفرغ الجنين بولاً داخل السائل المحيط به، يحتوي على هرمونات معينة، أحدها هرمون الأستريول (Estriol). هذه الهرمونات، بالإضافة إلى مواد كيميائية أخرى، تتشكل في المشيمة وتطرحها الأم مع بولها، تعطي الطبيب، حسب كميتها، معلومات قيمة عن صحة الجنين. فإذا أراد الطبيب قياس معدل أيٍّ منها فإنه يطلب تجميع البول الذي تطرحه الحامل، خلال يوم كامل، لإجراء القياس عليه، لأن ذلك يضمن دقة القياس.

إجراءات خاصة أثناء الولادة

تحريض المخاض (Induction of labor): هو إجراء لمباشرة المخاض بشكل متعمد، يتخذ عادة عندما تكون مضاعفات الاستمرار بالحمل أسوأ من مضاعفات التحريض، كحالة تأخر نمو الجنين داخل الرحم (ص 845) حالة الحمل المديد (ص 846). يقوم الطبيب أولاً بالكشف عما إذا كان عنق الرحم قد بدأ بالتوسع، ثم يحدد موقع الأغشية حول السائل السّلوي (السائل الذي يحيط بالطفل أثناء وجوده في الرحم) ويجري شقاً صغيراً غير مؤلم عبر الأغشية ليسمح بمرور السائل إلى الخارج. ويكفي هذا الإجراء في بعض الأحيان لتحريض المخاض، أما إذا لم يبدأ المخاض، تحقن الحامل بهرمون صناعي محرض للمخاض عن طريق التقطير البطيء داخل الوريد، فيقوم هذا الهرمون بتحريض الرحم على التقلص كما هو الحال في المخاض الطبيعي. علماً بأن حوالي (2%) من حالات تحريض المخاض تكون فاشلة ولا يستجيب الرحم لتحريض الهرمون مما يستدعي إجراء عملية قيصرية فورية.

وعندما يتم تحريض المخاض يجب مراقبة الجنين أثناء الولادة (الصفحة السابقة) عن طريق فحوصات جسمية متكررة. وعادة يستمر المخاض وتتم الولادة الطبيعية بسلام.

نذكر أخيراً أن تحريض المخاض قد يؤدي إلى ولادة طفل خديج (قبل أوانه) لأن أحدث الطرق التي توصل إليها العلم لا تساعد أبداً على تحديد مرحلة الحمل بدقة.

قص العجان (Episiotomy): هذا الإجراء عبارة عن شق بسيط يجرى أثناء المخاض لتوسيع فتحة المهبل. ويجرى عادة عندما يكون المخاض سابقاً لأوانه، خاصة عندما يستلزم الأمر إجراء توليد باستعمال الملقط، لأن رأس الطفل يكون أقل مقاومة للضغط مما لو كانت الولادة طبيعية. ويجرى هذا الشق، بعد التخدير الموضعي، لتجنب أي تمزق في المهبل أثناء بروز رأس الوليد من قناة الولادة. وبعد التوليد تتم خياطة الشق بشكل دقيق بغرزات تختفي تدريجياً، ثم يبرأ الشق بسرعة لكنه يسبب انزعاجاً فيما بعد خاصة أثناء الجماع.

استخدام الملقط (Forceps): يتألف ملقط التوليد من شفرتين كليلتين عريضتين مصممتين لتتناسبا مع محيط رأس الطفل، وله أنواع متعددة تستعمل كلها كإجراء مساعد في التوليد، عندما لا يتقلص الرحم، بشكل كافٍ، أو عندما يظهر لدى الطفل حالة اختناق ويلزمه الأكسجين بأسرع ما يمكن. ويستخدم الملقط أيضاً ليحمي رأس الطفل في حالة المجيء المقعدي (ص 851) أو في حالة المخاض السابق لأوانه (ص 848). وعندما يتم استعمال التخدير فوق الجافية (ص 850) في نهاية مرحلة المخاض يلزم الملقط عادة عند ذلك لرفع (سحب) الطفل نحو الخارج. وقبل استخدام الملقط يقص العجان عادة، ثم يتم إدخال الملقط بحذر في قناة الولادة ويسحب الطفل بواسطته، وبرفق، نحو الخارج. تتراوح مضاعفات استعمال الملقط بين ظهور علامات تأذي مؤقتة على أذني وخدي الطفل وبين إحداث ضرر في أعصابه، أو في مراكز نمو فكه الأسفل، أو إحداث ضرر للأم.

العملية القيصرية (Cesarean Section): إن العملية القيصرية هي إجراء لتوليد الطفل بأمان وسرعة، ويجرى معظمها تحت التخدير العام، أو، وفي بعض الأحيان، يستعمل التخدير فوق الجافية (ص 850) (لتخدير القسم السفلي من الجسم). في هذه العملية يجرى شق جراحي عرضي في القسم الأسفل من بطن الأم فوق شعر العانة تماماً يخترق النسج والرحم معاً وصولاً إلى الجنين.

تكون العملية القيصرية ضرورية، عند وجود عدم تناسق ملحوظ، وفي حالة المشيمة الخارجة من الرحم، وعند ظهور علامات تدل على بدء اختناق الوليد، وعند فشل حث المخاض، وفي حالات سوء المجيء وغيرها.

فحوصات تجرى للوليد

تجرى عدة فحوصات بسيطة، على كل مولود، مباشرة بعد الولادة، لكشف أي عيب ولادي، وبالتالي تصحيح هذا العيب في أول فرصة ممكنة.

- تفحص السرة بحثاً عن وجود أي انتفاخ يدل على إصابة الطفل بفتق سري.
- يفحص الفم بحثاً عن وجود شق بالشفة أو سقف حنك مشقوق.
- يفحص الوجه بحثاً عن وجود علامات تدل على إصابة الطفل بمتلازمة (Down).
- يفحص الشرج للتأكد من عدم انسداده، وتفحص الأعضاء التناسلية للتأكد من جنس الوليد.
- تفحص القدمان بحثاً عن وجود أي عيب فيهما.
- يفحص الوركان بحثاً عن وجود خلع وركي ولادي.

ـ 6 ـ

فترة ما بعد الحمل والولادة (After pregnancy and childbirth)

تتراجع بعد الولادة بوقت قصير كل التغيرات التي طرأت على جسم المرأة طوال فترة الحمل، فيبدأ بالتغير بسرعة، خاصة بعد ولادة الطفل الأول. تلك التغيرات تجعل بعض النساء يشعرن بالاكتئاب لمدة أسبوع أو أسبوعين بعد الولادة. وقد تحتار الأم بين إرضاع الوليد من ثدييها أو اصطناعياً. ومع أن الإرضاع بواسطة الزجاجة قد يفي بالغرض تماماً ولكن الإرضاع عن طريق الثدي هو الأفضل دائماً. وعند استعمال الزجاجة يجب الاهتمام بتعقيم كل الأدوات التي تستعمل لهذا الغرض وبإعطاء الوليد الكمية الصحيحة التي يحتاجها من الحليب.

إن الإرضاع من الثدي يقوي الرابطة بين الأم وطفلها ويحميه من كثير من الأخماج، كما أن حليب الأم يتبدل تركيبه حسب احتياجات الطفل، في حين يبقى تركيب حليب الزجاجة ثابتاً. وإرضاع الطفل من الثديين لا يزيد من وزنه إذا رضع أكثر من حاجته في حين يزداد وزنه بشكل ملحوظ إذا تم إرضاعه بواسطة الزجاجة.

بعض النساء يجربن إرضاع الثدي بضعة أيام ثم يقلعن عن ذلك لاعتقادهن أن الطفل لا يحصل على تغذية كافية. ويجد القليل من النساء أنهن لا ينتجن حليباً كافياً لأطفالهن وعليهن أن يستكملن إرضاعهم باستعمال الزجاجة، أو بتغيير الإرضاع عن طريق الثدي كلياً إلى الإرضاع عن طريق الزجاجة، ومع ذلك فإن الرضعات القليلة الأولى من الثدي تعطي الطفل بعض المناعة ضد الأخماج.

وبعد ستة أسابيع من ولادة الطفل، على المرأة إجراء فحوصات ما بعد الولادة للتأكد من سلامة رحمها ومثانتها ووجودهما في مكانهما الصحيح وأن النسيج الذي يحتوي على ندبات قد برئ بشكل جيد.

مشاكل الثديين (Breasts problems)

قد تجابه المرضعة بعض المشاكل التي تجعل الإرضاع عن طريق الثدي صعباً، ولكن أغلب تلك المشاكل يمكن التغلب عليها. على سبيل المثال، من الممكن أثناء فترة الحمل سحب الحلمة المنقلبة بحيث يستطيع الطفل أن يرضع من خلالها (راجعي مشاكل الحلمة ص 782). ويجب تدليك الحلمتين بانتظام لتطريتهما، ومع ذلك قد تنشأ مشاكل في الأسابيع القليلة الأولى للإرضاع يجب معالجتها بسرعة بحيث يصبح الإرضاع عن طريق الثدي ممتعاً.

الاحتقان: يبدأ الثديان بإفراز الحليب بسرعة، عند معظم النساء، بعد عدة أيام من الولادة فيحتقنان ويتورمان ويصبحان مؤلمين باللمس.

لا يستطيع الوليد أن يرضع من حلمة متوذمة لذلك يجب إزالة بعض الحليب قبل

الإرضاع، بواسطة اليد أو بمضخة الثدي، ويمكن أيضاً تطرية الثديين بصب الماء الساخن عليهما.

إذا احتقن الثديان بسبب التوقف عن الإرضاع، يجب تدعيمهما بحاملة أثداء (سوتيان) متماسكة، ويمكن تناول مسكنات الألم عند الضرورة. وبعد بضعة أيام يمنع تراكم الحليب فيهما من إفراز المزيد فيقل احتقانهما تدريجياً، ويصبحان أقل ألماً وإيلاماً.

تشقق الحلمة: تتشقق الحلمة أحياناً، فتشعر المرضع بالألم أثناء الإرضاع، ويحدث هذا التشقق عادة إذا لم تجفف الحلمتان بعد كل إرضاع، وعند حدوث ذلك يرضع الطفل من الثدي الآخر، ويستعمل مرهم مطرّ خاص بتشقق الحلمات، فتشفى الحلمة خلال بضعة أيام فقط.

إحصار قناة الحليب والخراج: إن وجود كتلة قاسية وصغيرة في الثدي يعني وجود انحصار في قناة الحليب، ولذلك يدلك الثدي برفق مع غسله بالماء الساخن، فإن لم تختف الكتلة فوراً يجب مراجعة الطبيب، فربما كانت خراجاً (ص 781)، وعندما يتأكد من ذلك يصف مضاداً حيوياً لمعالجة الخمج، ولا يمنع من استمرار الإرضاع من الثدي المصاب.

الكآبة بعد الولادة (Postpartum depression)

يشعر العديد من الأمهات بعد الولادة بأيام قليلة بالاكتئاب والتعاسة، وهذا شائع جداً حتى أنه يعتبر جزءاً طبيعياً من الحمل. ويطلق عليه (كآبة ما بعد الولادة)، ومن المحتمل أن له عدة أسباب، وأحد تلك الأسباب هو التغيير المفاجئ في هرمونات الجسم الناتجة عن الولادة والتي تؤثر على المزاج.

أضف إلى ذلك أن العديد من الأمهات الجدد يشعرن بالتعب، وينتابهن قليل من الخوف، وعدم الثقة، ولكن كآبة ما بعد الولادة تختفي عادة بسرعة، بعد فترة قصيرة.

من الطبيعي أن تشعر النفساء بقليل من الكآبة في الأسابيع الأولى من الأمومة، فالتعب من العناية بالمولود الجديد، والتغير المفاجئ في نظام الحياة، وخاصة لمن كانت تعمل قبل الولادة، والتفكير بالصغير، كل ذلك يؤثر على مزاج الأم.

وقليل من النساء يشعرن بكآبة شديدة بعد الولادة إلى حد يصبحن فيه غير قادرات على العناية بأنفسهن وبالمولود، مثل هذا المرض (راجعي الاكتئاب ص 336) يبدأ عادة خلال شهر واحد بعد ولادة الطفل.

العلاج: من المهم أن تتجنب الأمهات الحديثات التعب الشاق. ولا ينصح بترك الطفل في نفس الفراش مع أمه، لأنه قد يزعجها ذلك أو تؤذيه هي، وبخاصة عندما يتحرك أثناء نومه أو يبكي، فالنفساء تحتاج إلى قدر كبير من النوم، ولهذا يجب نقل الطفل إلى غرفة أخرى بسرعة قدر الإمكان، ومع ذلك وفي جميع الأحوال يجب أن تتمكن الأم من سماع طفلها عندما

يصدر أصواتاً أو يبكي لأي سبب كان. هذا ويمكن المناوبة مع الزوج، أو غيره من الأقرباء، للاعتناء بالطفل، وتوفير الراحة للأم، فإن كانت الكآبة شديدة فتجب مراجعة الطبيب.

الجماع بعد الولادة (Sex after childbirth)

يفضل بعد الولادة سؤال الطبيب عن الوقت الذي يمكن فيه العودة إلى ممارسة الجماع، فأحياناً، قد لا يتعدى ذلك عدة أيام، مع أن معظم الأطباء يفضلون الانتظار ستة أسابيع كاملة، تجرى بعدها فحوصات روتينية كاملة، يقرر بعدها الطبيب ما يجب فعله، علماً أن الإرضاع وغياب الدورة لا يمنعان الحمل، لذلك من الممكن حدوث الحمل من أول جماع.

في حالة قص العجان أو إذا تمزق المهبل أثناء المخاض فإنه يصبح مؤلماً في الأيام التي تلي الولادة، (ص 822). وإذا أصبح الجماع مؤلماً يجب التوقف عنه لحين مراجعة الطبيب، وإذا استمر مؤلماً، بعد ذلك، وبعد انقضاء ستة أسابيع على الولادة فربما كان هذا الألم نتيجة وجود تقرح في المهبل، أو نتيجة غرزة لم تلتئم بعد تماماً، وبالإمكان علاج كلا المشكلتين من قبل الطبيب.

ربما يفقد المهبل بعض مرونته، ولمعالجة هذا الأمر يمكن تقوية كل العضلات الموجودة حوله، وذلك بإيقاف، ثم سريان البول، بشكل متكرر في كل مرة تبول.

إن الاعتناء بطفل جديد متعب ومنهك عاطفياً وجسمياً، ويمكن أن يؤثر في طاقة ممارسة الجنس. وحتى لا يشعر الزوج أنه أصبح مهملاً، على الزوجة أن تشعره بأنه لايزال محط الاهتمام، وأن تجعله يشارك في الاعتناء بالطفل.

الفصل الثامن عشر

مشاكل خاصة بالرضع والأطفال (Special problems of infants & children)

سنتحدث في بداية هذا الفصل عما يواجهه الأطفال الرضع من الولادة وحتى بلوغهم ستة أشهر من العمر، على الرغم من تأثير بعضها على الكبار، وكون بعضها إذا حدث قبل الخامسة عشرة من العمر يظهر أثره لاحقاً. الطفل حديث الولادة (خاصة الطفل الأول) يسبب قلقاً كبيراً للوالدين، لذلك من الضروري تعلّم أعراض الأمراض، وما يجب فعله عند ظهور أي عارض.

إن أعراضاً مثل، طفح جلدي، حرارة مرتفعة، إسهال، يزيد الشكوك بوجود وضع غير مطمئن عند الوليد، وكذلك تغير سلوك الوليد من وقت لآخر يدل على وجود مشكلة لديه، ولكن لا يمكن (دائماً) معرفة تلك المشكلة. فإذا ارتفعت حرارته ارتفاعاً عالياً، وتواصل بكاؤه بصوت مرتفع ولم يتوقف عن البكاء عند حمله، أو إذا أصبح خاملاً، أو إذا رفض تناول طعامه فالمطلوب مراجعة الطبيب المختص.

قد تكون لدى بعض المولودين حديثاً مشاكل صحية خلقية، أو تحدث أثناء الولادة، ورغم ذلك لا يتم اكتشافها فوراً. ومثل هذه الأوضاع الشاذة لها أسباب متعددة، ومدى القصور الناتج عن هذا الاضطراب، وكيفية علاجه، يعتمدان على مدى خطورته، وفيما إذا كان بالإمكان علاجه أو إيقافه والحد منه.

لقد جمعت الاضطرابات الحادثة عند الأطفال في هذا الفصل من الكتاب اعتماداً على أي جزء من أجزاء الجسم ستتأثر منها.

إن اضطرابات الجهاز العصبي، والاضطرابات التنفسية، ومشاكل الأذنين، والعينين أيضاً، يمكن أن يكون لها أثر كبير على قدرة الطفل على التعلم، حيث أنها تتدخل في عملية التنبه واستقبال المعلومات، التي تشكل المادة الخام في تعلم الوليد.

والاضطرابات التنفسية الموجودة في هذا الفصل هي غالباً أخماج شائعة، وتشكل نصف الأمراض التي تصيب مرحلة الطفولة تقريباً، في حين أن الالتهابات المعدية المعوية (ص 576) تسبب مشاكل هضمية للأطفال. والاضطرابات الهضمية المذكورة هنا أقل شيوعاً من أخماج المجاري التنفسية وتشخيصها أسهل. أما الاضطرابات الدموية والبولية، فهي تسبب عوارض متعددة وخفيفة، أو لا تسبب أعراضاً أبداً، لذلك فهي عادة صعبة التشخيص على الرغم من استمرار وجودها. واضطرابات العضلات والعظام والمفاصل لا حاجة لعلاجها إذا كانت

بسيطة. أخيراً، يوجد مجموعة من الأبحاث حول معظم الأخماج عند الأطفال، وعند الظن بوجود أحد هذه الاضطرابات، يراجع جدول مقارنة أعراض الأمراض الإنتانية (ص 934) أو لوحة التشخيص الذاتي، فإن دل على ضرورة مراجعة الطبيب يجب عدم التأخر في ذلك. راجع أيضاً (ص 936) لمعرفة كيفية العناية بطفل لديه أحد هذه الأمراض الخمجية، علماً أنه تتوافر اليوم إمكانيات تلقيح الأطفال ضد معظم هذه الأمراض، وعلى الأهل الاستفادة من هذه الميزة الإيجابية، (راجع جدول التلقيح ص 937)، كذلك فإن تلقيح الطفل ضد تلك الأمراض لا يحميه فقط من الإصابة بها، بل يصبح أقل قابلية لنقل المرض للأشخاص المحيطين به من الكبار.

الختـــان

إن المسلمين يختنون أولادهم الذكور لأسباب دينية، فإن لم يختن الوليد لسبب من الأسباب، فيجب الاعتناء بنظافة رأس قضيبه وغسله يومياً، وتعليمه الاهتمام بهذه الناحية عندما يكبر.

إن الغلفة تكون عادة ملتصقة برأس القضيب عند الأطفال حديثي الولادة، وتبدأ بالانفصال عنه تدريجياً، حتى يتم انفصالها تماماً بعد الشهر السادس من عمره. وفي السنة الخامسة من العمر نجد أن هذه الجلدة تراجعت بشكل واضح نحو الخلف، ويجب عدم شدها وإرغامها على تسريع عملية التراجع، ولكنها قد تبقى في مكانها ملتصقة برأس القضيب، في بعض الأحيان، وعندها يجب إجراء الختان.

إن الختان عملية بسيطة وغير خطرة إطلاقاً، وهي تجرى غالباً بشكل روتيني بعد الولادة مباشرة أو بعدها بعدة أيام، ولا تترك أيَّ أثر ضار على الوليد.

جدول الأدلة

يكتسب كل الأطفال قدراتهم الذهنية والجسمية بنفس الترتيب تقريباً ـ مثلاً: الطفل لا يستطيع الوقوف قبل أن يتعلم كيفية الجلوس، لكن المعدل الذي يحصل خلاله الطفل على هذه المهارات يختلف كثيراً بين طفل وآخر وكل مثال سنورده لاحقاً يمثل معدَّل نمو الطفل بشكل عام.

يحتمل أن يستطيع الوليد:

- الابتسام في الأسبوع السادس.
- التقلب من حالة الرقاد على الجانب إلى الرقاد على الظهر في ما بين الأسبوع التاسع والعاشر من العمر.
- رفع الرأس والكتفين عن الأرض إذا وضع على بطنه في الفترة ما بين الشهر الرابع والشهر السادس.
- نطق كلمات بمقطعين مثل «دادا» أو «ماما» في الشهر الثامن.
- محاولة إطعام نفسه في الشهر الثامن.
- النهوض إلى وضعية الجلوس عند بلوغه الشهر التاسع.
- فهم أوامر بسيطة في الشهر الثاني عشر.

- الوقوف بدون مساعدة لمدة ثانية أو ثانيتين في الشهر الثاني عشر.
- السير بدون مساعدة في الشهر الثاني عشر.
- تركيب برج عالٍ من ثلاثة قطع فخارية في الشهر الثامن عشر.
- ضبط تبوله وتغوطه في الشهر العشرين.
- المحافظة على نظافته طيلة النهار عند بلوغه السنتين من العمر.
- الكلام بجمل بسيطة عند بلوغه الثلاث سنوات.
- البقاء نظيفاً طوال الليل عند بلوغه عمر الثلاث سنوات والنصف.
- ارتداء ثيابه وخلعها (بمساعدة بسيطة) عند بلوغه الأربع سنوات.
- رسم جسم منفصل عن الأطراف في السنة الخامسة.

جدول الطول والوزن ومحيط الرأس عند الأولاد من لحظة ولادتهم وحتى السابعة عشر سنة من عمرهم

يبين الجدول التالي الحد الأصغر والحد الأعظم الطبيعيين لأطوال الأولاد وأوزانهم ومحيطات رؤوسهم من لحظة ولادتهم وحتى بلوغهم السابعة عشر سنة من عمرهم (كلٌ حسب بنيته وطوله). ونذكِّر بأن الأرقام الواردة فيه، هي أرقام إحصائية، الغاية منها إجراء المقارنة لمعرفة موقع الولد بالنسبة لأقرانه ومدى وجوده ضمن المعدلات العادية. وما دام الولد سليماً معافى فلا حاجة للاهتمام الزائد بمثل هذه الأرقام أبداً. ولكن إذا ابتعدت أرقامه كثيراً عن المعدلات المذكورة، هبوطاً أو صعوداً، فربما يكون من المفيد مراجعة الطبيب بهذا الشأن، مع العلم أن هناك حوالي (2%) من الأولاد أرقامهم أقل وحوالي (3%) أرقامهم أكبر، من الأرقام المذكورة هنا، دون وجود أي سبب مرضي لذلك.

العمر	الذكور		الإناث
لحظة الولادة	54 ـ 46	الطول سم	53,5 ـ 46
	4,5 ـ 2,6	الوزن كغ	4,2 ـ 2,6
	37,4 ـ 32,1	محيط الرأس سم	36,5 ـ 31,6
ثلاثة أشهر	63 ـ 56	الطول سم	63 ـ 55
	7,4 ـ 4,8	الوزن كغ	6,7 ـ 4,4
	43,1 ـ 28,2	محيط الرأس سم	42,1 ـ 37,3
ستة أشهر	70 ـ 63	الطول سم	68 ـ 60
	9,4 ـ 6,3	الوزن كغ	9 ـ 5,7
	46,3 ـ 41,2	محيط الرأس سم	45,4 ـ 39,9
تسعة أشهر	76 ـ 67,5	الطول سم	74 ـ 65
	11 ـ 7,5	الوزن كغ	11 ـ 6,8
	48,3 ـ 43,2	محيط الرأس سم	47,3 ـ 42,1
اثنا عشر شهراً	80 ـ 71	الطول سم	79 ـ 69
	12,4 ـ 8,4	الوزن كغ	12,2 ـ 7,6
	49,6 ـ 44,4	محيط الرأس سم	48,2 ـ 43,2
ثمانية عشر شهراً	88 ـ 77	الطول سم	86 ـ 75
	14,2 ـ 9,5	الوزن كغ	14 ـ 8,8
	51,0 ـ 45,6	محيط الرأس سم	50,0 ـ 44,6
سنتان	94,5 ـ 83	الطول سم	93 ـ 80
	15,8 ـ 10,5	الوزن كغ	10,6 ـ 9,8
	52,0 ـ 46,4	محيط الرأس سم	50,6 ـ 45,4
ثلاث سنوات	103 ـ 90,7	الطول سم	103,5 ـ 88,5
	17,8 ـ 12,2	الوزن كغ	19 ـ 11,6
	53,4 ـ 47,9	محيط الرأس سم	52,0 ـ 46,5
أربع سنوات	110,5 ـ 91,5	الطول سم	112 ـ 95
	20 ـ 13,6	الوزن كغ	21,8 ـ 13,2
	53,7 ـ 48,1	محيط الرأس سم	52,8 ـ 47,4
خمس سنوات	118,5 ـ 102	الطول سم	118,61 ـ 101,34
	23,5 ـ 15,5	الوزن كغ	23,707 ـ 14,913
ست سنوات	126 ـ 108,5	الطول سم	125,5 ـ 108
	27,7 ـ 17,5	الوزن كغ	26,6 ـ 16,8
	54,2 ـ 48,7	محيط الرأس سم	53,1 ـ 47,9
سبع سنوات	133,5 ـ 114	الطول سم	132 ـ 114
	31,5 ـ 19,5	الوزن كغ	30,5 ـ 18,7
ثمان سنوات	140 ـ 119,6	الطول سم	137,5 ـ 119
	63 ـ 21,7	الوزن كغ	35,8 ـ 20,5
	55,2 ـ 49,6	محيط الرأس سم	54,5 ـ 48,8
تسع سنوات	145 ـ 124	الطول سم	143,5 ـ 123,7
	40,7 ـ 23,8	الوزن كغ	40,7 ـ 22,2
عشر سنوات	150,4 ـ 12,9	الطول سم	149,5 ـ 127,8
	45,3 ـ 25,7	الوزن كغ	46 ـ 24
	56,0 ـ 50,3	محيط الرأس سم	55,2 ـ 49,2
إحدى عشرة سنة	154 ـ 133,5	الطول سم	157,5 ـ 132,5
	50,6 ـ 28	الوزن كغ	51,2 ـ 26,2
اثنا عشرة سنة	161,8 ـ 138	الطول سم	164,5 ـ 138
	56,3 ـ 30,5	الوزن كغ	58 ـ 28,8
	56,8 ـ 50,7	محيط الرأس سم	56,0 ـ 50,0
ثلاث عشرة سنة	169 ـ 142	الطول سم	168 ـ 144
	65,5 ـ 32,5	الوزن كغ	64,5 ـ 33
	57,3 ـ 51	محيط الرأس سم	56,4 ـ 51
أربع عشرة سنة	177 ـ 144	الطول سم	171 ـ 148
	68 ـ 36	الوزن كغ	68,5 ـ 38
خمس عشرة سنة	182 ـ 152	الطول سم	171 ـ 150
	73 ـ 41,5	الوزن كغ	70,5 ـ 40,5
	58 ـ 52	محيط الرأس سم	57,1 ـ 51,7
ست عشرة سنة	185,5 ـ 156,5	الطول سم	172 ـ 151
	77 ـ 47	الوزن كغ	71,5 ـ 41,6
سبع عشرة سنة	187 ـ 159	الطول سم	172 ـ 152
	79,5 ـ 50	الوزن كغ	72 ـ 42,5
	58,4 ـ 53,1	محيط الرأس سم	57,5 ـ 52,1

ـ 1 ـ

المولودون حديثاً والرضع الصغار (Newborn and early infants)

إن الاضطرابات الواردة في هذا البحث هي اضطرابات شائعة الحدوث خلال السنة الأولى من العمر، وبعضها مثل الاختناق (Asphyxia) ومتلازمة ضيق التنفس (Respiratory distress syndrome) يحدث بشكل رئيسي للأطفال الذين ولدوا قبل موعد الولادة (الخُدَّج)، أو الذين تعرضوا لصعوبات أثناء الولادة، وهؤلاء يعالجون بالمستشفى.

ومن المشاكل الأخرى الواردة هنا طفح الحِفاض (Diaper rash) والبكاء المفرط، وهذه الأمور تشاهد بكثرة، ويمكن علاجها في البيت.

إن كثيراً من الأخماج التي تصيب الكبار من دون أن تؤثر عليهم بشدة، قد تكون خطيرة على الأطفال الصغار. فالالتهابات المعدية المعوية (Gastroenteritis) مثلاً، تتطلب عادة معالجة خاصة. وهناك اضطرابات نادرة مثل المنغولية (متلازمة ـ داون) (Down's syndrome) التي يسببها شذوذ في صبغيات الطفل (Chromosomes) .

اختناق حديثي الولادة (Asphyxia in the new born)

يصاب بعض الأطفال بالاختناق عند ولادتهم بسبب عجزهم عن التنفس. فالدماغ الذي يسيطر على عملية التنفس، يفشل في أداء وظيفته بشكل طبيعي مما يسبب الاختناق. يحدث الاختناق أحياناً أثناء المخاض بسبب نقص في كمية الأكسجين الواردة من مشيمة الأم إلى دماغ الوليد، وهذا يمكن أن يحدث عندما يكون حجم الوليد أقل من الحجم الطبيعي طيلة فترة الحمل، أو قد يتعرض الدماغ للتلف أحياناً أثناء الولادة، كما يمكن أن تضعف وظيفته مؤقتاً إذا تناولت الأم مسكنات الألم مباشرة قبل الولادة.

الأعراض: إذا أصيب الطفل بالاختناق عند الولادة، فإنه يعجز عن التنفس والبكاء. وفي الحالات الخفيفة، يكون جلده أزرق اللون وتبدو أطرافه متخشبة بالرغم من إمكانية وجود حركة فيها. أما في الحالات الشديدة، فيكون الوليد شاحباً جداً بلون رمادي وغير قادر على الحركة وضعيف جداً.

المضاعفات: يحتاج بعض المولودين حديثاً لمساعدتهم في عملية التنفس، والمولودون لأمهات مدخنات أثناء فترة الحمل، يكونون أقل حجماً ومعرضين أكثر من غيرهم للاختناق ومشاكل التنفس الأخرى. وبسبب هذا الأمر يتعرض الوليد المصاب بمشاكل التنفس للاختناق خلال عشر دقائق من ولادته إذ لم يعط الأكسجين. والمولودون بتلف دماغي يكونون معرضين للموتِ خلال خمس دقائق فقط من ولادتهم، لكن ذلك نادر الحدوث في أيامنا هذه بسبب استعداد أطباء التوليد لمعالجة المولودين المصابين بالاختناق خلال ثوانٍ معدودة بعد الولادة.

إن ولادة المرأة في المنزل خطرة ومعقدة رغم وجود طبيب مختص أو قابلة متمرنة، وذلك بسبب أن المستشفى تحوي المعدات الحديثة والضرورية والأشخاص المدربين اللازمين لمعالجة أية حالة طارئة.

العلاج: لمعالجة طفل حديث الولادة (أو أي طفل آخر) مصاب بالاختناق يجب قبل كل شيء تنظيف فمه بواسطة الإصبع (وبلطف زائد) من المخاط والمواد الموجودة فيه، ثم تطبيق طريقة الإنعاش فم لفم، وبمنتهى الهدوء واللطف.

غالباً يستطيع طبيب التوليد أن يعلم ما إذا كان الوليد المنتظر معرضاً لهذا الخطر أم لا، وذلك في آخر مرحلة الحمل وقبل بدء المخاض. وفي مثل هذه الحالة يجب أن تتم الولادة في مستشفى مختص. وأثناء الوضع يكتشف الطبيب ما إذا كان الوليد معرضاً لنقص الأكسجين من مشيمة أمه، وفي هذه الحالة يمكن منع الاختناق أو الحد من شدته بولادة إسعافية للطفل بواسطة الملاقط، أو بعملية قيصرية (ص 855).

وإذا ولد طفل مصاب بحالة اختناق فإن الطبيب المولد يقوم مباشرة بسحب المفرزات المخاطية والسوائل التي بلعها وهو لا يزال في رحم أمه، من حنجرته (من خلال أنفه وفمه) بواسطة أنبوب خاص. وفي الحالات الخفيفة من الاختناق فإن الطفل يرتعش عند استنشاقه الأكسجين مما يجعل دماغه يتدخل فوراً ويباشر تنظيم عملية تنفسه. ولمعالجة الحالات الشديدة من الاختناق، يُمرر أنبوب خاص إلى الرئتين عبر مجرى الهواء (الرغامى)، وبعدها تبدأ عملية التنفس الاصطناعي. وعادة يبدأ الطفل بالتنفس خلال بضع دقائق، وإذا كان دماغ الطفل قد أصيب بتلف أثناء الوضع، أو أنه ما زال في طور النمو فيمكن اللجوء إلى تنفس اصطناعي ميكانيكي لمدة تمتد عدّة أسابيع. فإذا لم يحرم دماغ الطفل من الأكسجين لمدة طويلة، واتخذت الإجراءات الفورية فإن اختناق المولود الحديث الولادة لن تكون له مضاعفات فيما بعد.

متلازمة ضيق التنفس (Respiratory distress syndrome)

بعد أن يأخذ الوليد أول نفس، فإن رئتيه تتوسعان، وتبقى الأسناخ (Alveoli) فيهما مفتوحة بواسطة مادة كيميائية تسمى المادة الفعَّالة بالسطح (Surfactant)، وهذا أمر ضروري، لأنه عبر جدران هذه الأسناخ تتم مبادلة أكسجين الهواء، القادم للرئتين مع هواء التنفس، ويطرح غاز ثاني أوكسيد الكربون الموجود في دم الوليد، بعملية الزفير. وفي حالات قليلة جداً لا يوجد لدى الأطفال الخدج ما يكفي من



عندما يولد الطفل ويأخذ نَفَسه الأول، فإن الأسناخ تمتلئ بالهواء، ويمر الأكسجين إلى دم الوليد عبر الشعيريات الدموية المحيطة بها.

هذه المادة في رئاتهم مما يؤدي إلى انغلاق الأسناخ مرة ثانية، وذلك خلال الساعات القليلة بعد الولادة، لذلك تزداد لدى الطفل متلازمة ضيق التنفس وبالتالي تتنامى لديه صعوبات متزايدة في عملية التنفس.

الأعراض: في أثناء الساعات الأولى بعد الولادة يصبح تنفس الطفل مجهداً، أو سريعاً باضطراد، وبينما يتنفس ويأخذ شهيقاً عميقاً يغور صدره بدلاً من أن يتوسع وفي حالة الزفير يطلق صوتاً يشبه الشخير.

المضاعفات: بمقدار ما يكون الطفل الصغير غير كامل النمو بمقدار ما تحدث لديه متلازمة ضيق التنفس، وهو كثير الشيوع عند الأطفال الذين يقل وزنهم عن (1500) غرام عند الولادة، لكنه شائع أيضاً بدرجة أقل عند الأطفال الذين يتجاوز وزنهم الحدود الطبيعية، والذين يولدون لأمهات مصابات بداء السكري، (راجع داء السكري والحمل ص 835)، وفي السنوات الأخيرة طرأ تقدم مهم في تقنيات العناية المشددة الخاصة بالتوليد والمولودين مما حسَّن فرص النجاة بالنسبة للأطفال المصابين بمتلازمة ضيق التنفس، لكن هذا الاضطراب ما يزال سبباً فاعلاً لموت مولودين صغار الحجم.

العلاج: إذا عرف الطبيب أن المولود المنتظر صغير الحجم، فإنه سيلجأ إلى أخذ عيِّنة من السائل السلوي (Amniotic fluid) (السائل المحيط بالجنين في رحم أمه) لفحصها ولمعرفة ما إذا كانت المادة الفعَّالة بالسطح في رئتيه ستكون كافية أم لا، فإذا تبين أنها غير كافية، فعندها تعطى الأم حقنة من عقار ستيروئيدي خاص (Steroid medication) ترفع نسبتها إلى المستوى المطلوب، وهذه الحقنة لا تعطى إلى الأم إذا كانت ولادتها متوقعة خلال (24) ساعة، لأن الدواء يحتاج إلى حوالي هذا الوقت ليعطي مفعوله.

إن المولود الذي تطورت لديه متلازمة ضيق التنفس أو أنه يواجه خطرها، يجب وضعه في وحدة عناية مشددة مخصصة للأطفال، حيث يجرى له تهوية خاصة مدروسة، وتراقب جيداً، وتضبط تماماً نسب الأكسجين وثاني أوكسيد الكربون ومواد كيميائية أخرى في دمه.

التوقعات بعيدة المدى: في حالة المولود الذي لم يعانِ حرماناً خطيراً من الأكسجين، فإن فرص نموه الجسمي والعقلي تكون جيدة، وفي حالات نادرة، عندما يعاني الطفل فترة طويلة من نقص الأكسجين، فمن المحتمل أن يصاب بتلف دائم في دماغه أو رئتيه.

يرقان ما بعد الولادة (Neonatal jaundice)

يلاحظ وجود اصفرار خفيف على جلود كثير من الأطفال بعد ولادتهم مباشرة، وهذه الحالة تختفي خلال بضعة أيام، وهي تحدث بسب تراكم مادة كيميائية ناتجة عن تحلل كريات الدم الحمراء، والتي تسمى بيليروبين. وعادة يقوم الكبد بإزالة هذه المادة من الدم، لكن عند حديثي الولادة قد لا يقوم الكبد بهذه الوظيفة، بالسرعة الكافية، مما يؤدي إلى إصابتهم

باليرقان، ويطلق على اليرقان في هذه الحالة اليرقان الوظيفي (Physiological Jaundice) أو اليرقان الطبيعي (Normal Jaundice) وهذه الحالة تشاهد غالباً عند الأطفال المولودين قبل وقتهم (الخدج) أو الذين لم يكتمل نموهم.

عند بعض الأطفال تدخل الأجسام الضدية (Antibodies) من الأم، وهي في العادة مواد وقاية، تدخل إلى الأوعية الدموية للطفل وتؤدي إلى انحلال عدد كبير من كريات دمه الحمراء، وتشكل هذه الحالة مرضاً دموياً، وتؤدي إلى إفراط في إنتاج البيليروبين مما يجعل الطفل يصاب بحالة يرقان شديد عند الولادة.

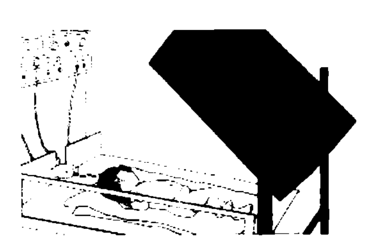
هناك نوع آخر من يرقان حديثي الولادة أكثر خطورة يسمى اليرقان الانسدادي (Obstructive Jaundice) والذي يحدث بسبب تشوه، أو عدم وجود قنوات الصفراء، وهذا يمنع الصفراء (Bile) والبيليروبين من المرور من الكبد فيتجمع في الدم. ومن الأسباب النادرة لليرقان الولادي وجود التهابات كبدية، واضطرابات الدم، وقصور الغدة الدرقية (Hypothyroidism) (ص 684).

الأعراض: في كل أشكال اليرقان ينقلب لون الجلد وبياض العيون إلى الأصفر الفاتح. في حالة انحلال الدم (Hemolytic) يحدث اليرقان في اليوم الأول بعد الولادة، وفي حالة اليرقان الوظيفي (Physiological Jaundice) تظهر الأعراض بعد يومين، وفي حالة اليرقان الانسدادي (Obstructive Jaundice) تظهر الأعراض بعد أسبوع إلى أسبوعين من الولادة.

في حالة اليرقان الوظيفي واليرقان الناتج عن انحلال الدم الخفيف يكون الاصفرار خفيفاً (أو فاتحاً)، ويختفي بعد عدة أيام. أما في حالة اليرقان الناتج عن انحلال الدم الشديد، واليرقان الانسدادي، فإن اللون الأصفر يكون أكثر وضوحاً ويزداد شدة، ويجب علاجه.

المضاعفات: يحدث اليرقان الوظيفي عند أكثر من نصف المولودين حديثاً، لكن اليرقان الناتج عن انحلال الدم فهو غير شائع، واليرقان الانسدادي نادر الحدوث أيضاً.

إن حالة اليرقان التي يكون خطرها كبيراً هي تلك التي تسبب ارتفاعاً زائداً في مستوى البيليروبين في الدم، مما يسبب تلف الدماغ. لكن هذا الأمر لا يحدث غالباً، لأن الطفل، يعالج سريعاً وتتم مراقبة مستوى البيليروبين في دمه بشكل دوري وبانتظام. وفي اليرقان الانسدادي يحدث تلف مزمن في الكبد خلال شهور قليلة ما لم يعالج المرض سريعاً، بإجراء عملية جراحية وفتح الانسداد.



معالجة اليرقان

تساعد الأشعة فوق البنفسجية المنبعثة من مصباح خاص على تخفيض سوية البيليروبين في الدم. وتتم تغطية عيني الوليد أثناء العلاج لحمايتهما من هذه الأشعة.

العلاج: في أغلب حالات اليرقان الوظيفي لا حاجة للعلاج، وفي الحالات الخفيفة من يرقان انحلال الدم تختفي الأعراض من دون معالجة، لكن اليرقان الانسدادي يحتاج إلى إجراء عملية جراحية لإصلاح الخلل. وبشكل عام عندما يرتفع معدل البيليروبين، فإن الطبيب يعرض الطفل إلى الأشعة فوق البنفسجية (Ultraviolet light) (معالجة بالضوء ـ Phototherapy) التي تساعد الكبد على تشكيل المواد الكيميائية الضرورية لطرح البيليروبين. وتعالج الحالات الشديدة وخاصة التي يسببها انحلال الدم باستبدال الدم (أي تغيير دم الوليد بدم آخر).

متلازمة الموت المفاجئ عند الرضع (Sudden infant death syndrome)

ينتاب الغموض موت الأطفال المفاجئ، منذ القدم، حيث يرقد الطفل نائماً وهو يتمتع بصحة جيدة وبعد قليل يوجد ميتاً من دون تفسير لذلك. وقد لوحظ أن هذا الأمر يزداد في فصل الشتاء بالمقارنة مع بقية فصول السنة. ومن المحتمل وجود علاقة بين موت الطفل المفاجئ وعدم اكتمال نمو الجزء من الدماغ المسؤول عن التنفس، ولا يوجد أي علاقة واضحة بين الوراثة وبين هذه المتلازمة.

مشاكل التغذية (Feeding problems)

نقص حليب الأم: إذا ظهرت على الطفل بعد إرضاعه كل ما في الثدي من حليب، علامات القلق والجوع، على الأم أن تقدم إليه زجاجة حليب صناعي، فإن رضع منها مقداراً ملحوظاً فذلك يعني أن حليب الأم لم يعد كافياً لإشباع الوليد، وعندها يجب مراجعة الطبيب المختص لكي يصف نوع الحليب الذي يفضل تقديمه للرضيع، ومقداره. ويراعى أن تقدم الزجاجة بعد ما يرضع الطفل كامل الحليب المتوافر في الثدي.

التغذية بواسطة الزجاجة: يتوفر اليوم في الأسواق نماذج مختلفة، وكثيرة التنوع، من الوجبات الغذائية، ومن الحليب الذي يعطى للرضع. لذلك يجب التقيد بنصيحة الطبيب حول هذا الموضوع والاستفسار منه حول جميع الأمور والمشاكل التي تعترض الأم (راجعي عدم تحمل اللاكتوز ص 914). ويجب استعمال حلمة وزجاجة معقمتين عند تحضير أي وجبة، وذلك لمنع حدوث أي خمج عند الطفل، خاصة كلما كان صغيراً.

إذا أعطيت الزجاجة للطفل وبدا متوتراً، أو أصدر ضجيجاً بعد بدء الرضاعة، فذلك يعني أن ثقب الحلمة قد يكون مسدوداً أو صغيراً ويجب استبدالها بأخرى.

البكاء بعد الوجبات وبينها: بعض الأطفال يبكون لعدة دقائق بعد تناول وجباتهم، فإذا فعل طفلك ذلك، فاحضنيه وضميه إلى صدرك، فيغط في نوم عميق إذا كان ما تناوله من طعام كافياً له، أما إذا كان لا يزال جائعاً فإنه سيستمر في البكاء. وإذا بكى بشكل ملحوظ بين الوجبات فإن ذلك يعني أيضاً أن ما يتناوله من طعام ليس كافياً. وعلامة نقص الغذاء هي تبرزه

بكمية قليلة متماسكة وخضراء داكنة. فإذا لوحظ وجود ذلك عند الطفل يعطى مزيداً من الطعام، ولا يخشى من الغذاء الإضافي، فالطفل يعلم متى يتوقف عن متابعة الأكل.

بعض الأطفال يكون بسبب العطش وخاصة في الجو الحار، فيعطون بعض الماء بواسطة الزجاجة.

التغذية الناقصة: يبدأ بعض الأطفال تناول طعامهم بنشاط، في الأسابيع الأولى لحياتهم، ثم ينامون سريعاً قبل إنهاء وجباتهم. فإذا حدث ذلك للطفل، فيجب إيقاظه من نومه وتحريضه على متابعة تناول وجبته. فإذا استمر في هذا الوضع لفترة من الزمن فربما يصاب بخمج ما، لذلك يجب استشارة الطبيب حول الأمر.

وإذا بدأ الطفل يأكل ببطء ملحوظ بعد ما كان يأكل بشكل طبيعي، واستمر ذلك لأربعة أو خمسة أيام، يراجع الطبيب لاستشارته في الأمر أيضاً.

التجشؤ بعد الطعام: إن معظم الأطفال يرجعون قليلاً من الحليب عندما يحدث لديهم توقف مفاجئ عن التنفس، مع إصدار صوت يشبه صوت السعال، وهذا ما يحدث بشكل رئيسي للأطفال الذين يتناولون طعامهم بواسطة الزجاجة، وذلك بسبب أن حلمة الزجاجة لا يكون لها الحجم المناسب للطفل مما يؤدي إلى ابتلاعه كثيراً من الهواء أثناء الرضاعة. وبعض الأطفال، كثيرو النشاط، يتجشؤون كثيراً، لكن هذا الأمر لا يدعو للقلق لأن التجشؤ يتوقف تدريجياً بعدما يبدأ الطفل بتناول الأغذية الصلبة حين يصبح عمره بين أربعة أو تسعة أشهر.

يحتمل أن يكون التقيؤ (وليس التجشؤ) ناتجاً عن بعض الاضطرابات مثل تضيق البواب (ص 887). في هذه الحالة يناقش الأمر مع الطبيب وخاصة إذا كان التقيؤ ينقذف لمسافة معينة، لأن ذلك ربما يدل على وجود مرض خطير.

الفطام: يبدأ الأطفال عادة بأكل طعام متماسك (ليس على شكل سوائل) عندما يبلغون أربعة إلى ستة أشهر من أعمارهم. ويبدأون عادة بأخذ الحبوب والخضار النيئة التي يمكن إعطاؤها لهم بواسطة الملعقة، مرتين يومياً. عندما يبدأ الطفل بتناول غذاء متنوع، كالبيض والفواكه الطرية والمعجنات التي يدخل الحليب في صنعها، يجب عند ذلك إنقاص كمية الحليب التي تعطى له وإلا ازداد وزنه أكثر من الطبيعي.

يستحسن تربية الطفل على عادات الأكل الجيدة، ويمنع من تناول أغذية سكرية، ويعطى الطعام في أوقات محددة، ولا يستعمل كوسيلة لتهدئته عن البكاء مثلاً.

الالتهابات المعدية المعوية عند الرضع (Gastroenteritis in infants)

إذا التهبت المعدة والمعي الدقيق عند الرضيع، فإنه سيصاب بإسهال، وقيء أحياناً. يحتمل أن يكون هذا الاضطراب مجرد توعك خفيف في المعدة أو يكون هجمة حادة تؤدي إلى

التجفاف (Dehydration) . الرضع الذين يتغذون بواسطة الزجاجة، هم أكثر عرضة للإصابة بالالتهابات المعدية المعوية من الرضع الذين يرضعون من أثداء أمهاتهم، ويعود السبب في ذلك أحياناً إلى أن الزجاجات والحلمات لم تعقم جيداً.

الأعراض: غالباً يكون غائط الطفل مائياً ومتحركاً وأخضر اللون. وفي الحالات الخفيفة يبقى الطفل مرحاً ويأكل جيداً. وفي الهجمات الأكثر شدة يكون الطفل بائساً وقلقاً وقليل الأكل وترتفع حرارته قليلاً، ويمكن أن يتقيأ. وإذا تغوط مرات كثيرة (عشر مرات في اليوم) فإنه يبدأ يعاني من نقصان السوائل. ومن علامات التجفاف، فم جاف وعيون غائرة ويافوخ غائر (Fontanelle) ووَسن (نعاس) وهياج، وأحياناً تقيؤ كل السوائل. وفي حالات التجفاف الشديد تتشكل حالة خطرة فيفقد جلد الطفل مرونته، بحيث يصبح عندما تقرصه بالإبهام والسبابة لا يعود الجلد فوراً إلى موقعه الأصلي، وبالإضافة إلى ذلك يرفض الطفل الأكل ويمكن أن ترتفع حرارته أو تنخفض إلى ما دون المعدل الطبيعي لها.

انخماص اليافوخ

إذا بدا أن البقعة الطرية الواقعة على قمة رأس الرضيع، منخسفة فهناك احتمال أن الطفل يعاني من التجفاف ويجب مراجعة الطبيب فوراً.

المضاعفات: تعالج عادة معظم الحالات الخفيفة قبل حدوث التجفاف وقبل أن يعاني الطفل من أي آثار مرضية. أما إذا وصلت حالة التجفاف إلى مرحلة متقدمة (شديدة) فيمكن أن تسبب تلفاً في الدماغ، أو تسبب الموت.

العلاج: يمكن معالجة الحالات الخفيفة من الالتهابات المعدية المعوية من دون طبيب وذلك باتباع إرشادات العلاج الذاتي الواردة لاحقاً، أما إذا بدأت أعراض التجفاف تظهر على الرضيع وكان قد تغوط ثلاث مرات في فترة لا تتجاوز الست ساعات و/أو كان قد تقيأ كل طعامه خلال نفس الفترة، فيجب مراجعة الطبيب فوراً. (ينتبه إلى أنه في حالة ارتفاع درجة الحرارة أيضاً فإن الخطر يزداد). وعندما تنتهي الهجمة يجب التأكد من الاستمرار في تعقيم الزجاجة والحلمات بشكل جيد إذا كان يتغذى بواسطة الزجاجة.

العلاج الذاتي: إذا كانت الأم تطعم رضيعها بواسطة الزجاجة فلتتوقف عن ذلك، ولتستبدل طعامه، بماء مغلي (معقم) ومبَرَّد ومضافاً إليه مقدار ملء ملعقة شاي من السكر ونصف ملعقة من الملح لكل نصف لتر ماء، لمدة (24) ساعة، على أن يُستبدل هذا المحلول في اليوم الثاني بالخلطة الجاهزة (من الملح والسكر) ذات ربع المفعول الموجودة في الصيدليات، وفي اليوم الثالث خلطة لها نصف المفعول، وفي اليوم الرابع خلطة لها ثلاثة أرباع المفعول. وأثناء هذا الوقت يُعطى الرضيع الكمية الغذائية المعتادة ولكن على وجبات متعددة بمعدل مرة كل ساعة أو نحو ذلك، ويعاد في اليوم الخامس إلى التغذية المعتادة.

أما إذا كان الطفل يرضع من ثديي أمه، فليُراجع الطبيب عند إصابته بأي التهاب معدي معوي، لاستشارته عن أفضل طريقة تغذية أثناء وعكته.

العلاج الاختصاصي: إذا تعرض الطفل لهجمة حادة من التهاب المعدة والأمعاء، فمن المفروض إدخاله إلى المستشفى، حيث يعطى السوائل لتعويض ما فقد جسمه منها، كما يعطى المواد الكيميائية الحياتية عن طريق الوريد، وبعدما يشفى يعطى السوائل عن طريق الفم. وفي معظم الأحوال يشفى الطفل تماماً دون أن يلحق به أي ضرر أو أذى.

طفح الحِفاض (Diaper rash)

قد تؤدي بعض التهيجات الجلدية الناتجة عن مساحيق الغسيل والصابون العالقة في حفاض الطفل لالتهاب الجلد في إليتيه (مؤخرته) وفخذيه وأعضائه التناسلية مما يسبب له طفح الحِفاض. تتمثل هذه المهيجات، بشكل أساسي، بالمواد الكيميائية الموجودة في غائط الطفل وبوله، وبالنشادر (Amonia) الذي ينتج عن التفاعل بين البول والجراثيم الموجودة في الغائط، وتدعى هذه الحالة التهاب الجلد النشادري، كما يلاحظ هذا الطفح الجلدي كذلك عندما تبدأ أسنان الطفل بالبزوغ، وإن أفضل الطرق لتجنب هذا الالتهاب هي استبدال الحفاض بغيره كلما بلله الطفل.

الأعراض: يصبح جلد المنطقة المغطاة بالحفاض أحمر اللون مبقعاً ومتقرحاً ورطباً وقد تنتشر من المنطقة رائحة النشادر. تختلف شدة الطفح بين حالة وأخرى، وفي بعض الحالات قد تنمو على الجلد المصاب فطور من نوع المبيضات (Candida).

العلاج: بشكل عام، يمكن علاج طفح الحفاض ذاتياً في المنزل، باستعمال مضادات الفطور إذا نمت في المنطقة، وإذا لم تشفَ الحالة بسرعة يجب استشارة الطبيب.

وكجزء من العلاج، وللتأكد من عدم معاودة المشكلة مرة أخرى، يجب غسل وتعقيم قماش الحفاضات وذلك بغليه أو نقعه بمحلول مطهر ومضاد للعفن صُنع خصيصاً لهذه الغاية، على أن يعاد الغسل مرات عديدة بالماء فقط لإزالة كل آثار الصابون ومساحيق الغسيل منها وكذلك للقضاء على العوامل المؤدية لإصابة الطفل التي تنشأ عن غائطه وبوله، مع الإشارة إلى إمكانية استعمال الحفاضات الجاهزة التي ترمى بعد استعمالها. المهم في الأمر أن تكون الحفاضات نظيفة تماماً عند استعمالها للطفل ولا تسبب الحساسية لجلده، على أن يُستبدل الحفاض للأطفال المعرضين للإصابة بالطفح (بشكل خاص) عند البلل أو الاتساخ مهما بلغ عدد المرّات.

في حال إصابتهم بالطفح لا يحتمل الأطفال غالباً الكلاسين (Panties) المصنوعة من النايلون ومشابهاته، وإذا لم يغير الحفاض كلما تعرض للبلل، فإن هذه الكلاسين تمنع تبخر وتسرب الماء إلى الخارج مما يجعل الطفح يبقى رطباً وهذا يثير الحالة ويزيدها سوءاً.

يوجد العديد من المعالجات للطفح عند الأطفال. فمثلاً بالإمكان نزع حفاض الطفل وغسل مؤخرته بماء دافئ من دون صابون ثم تجفيفها جيداً ورش بوردة خاصة بالأطفال عليها، ثم تركه على صدره، وهو دون حفاض، في جو دافئ وجاف على أن يكون وجهه إلى إحدى الجهتين، مع ملاحظة ألا يصاب بالبرد، والمحافظة على نظافته.

بالإمكان اقتناء مراهم عديدة من الصيدليات للمساعدة في تسكين ازعاجات الطفح. ولعلاج الحالات الخفيفة منه ينصح باستعمال مرهم يحتوي على أكسيد الزنك (Zinc oxide) مع أحد الزيوت.

إن أنواعاً عديدة من الطفح خاصة التي تتهيج بالخمج تحتاج إلى استعمال مرهم مطهر معقم. يمكن تسكين التهاب الجلد النشادري باستعمال مرهم ملطف يحمي الطفل ضد العوامل الخامجة والرطوبة. تتوجب استشارة الطبيب عن الإجراءات الملائمة لتطبيقها على المناطق الملتهبة. وإذا كان الطفح شديداً أو مستمراً فالطبيب وحده يستطيع وصف المرهم المناسب لتسريع الشفاء وتقديم المساعدة والمشورة اللازمين.

الأكزيما الدهنية (Seborrheic eczema)

يحدث هذا الاضطراب الدهني الشائع في السنتين الأوليتين من العمر، من الشهر الثالث إلى الشهر السادس غالباً، وتشاهد بشكل رئيسي على الرأس حيث تعرف بالأكزيما الدهنية عند الوليد، كما يمكن أن تظهر على الوجه وعلى ثنيات الرقبة وتحت الإبط وعلى المِغبن.

تظهر في حالة الأكزيما الدهنية عند الوليد وسوف رقيقة جافة على فروة الرأس، ومن ثم يحل محلها لطاخات دهنية مصفرة وسفية تمتد في بعض الأحيان إلى الحاجبين وخلف الأذنين.

في حالة الأكزيما الدهنية التي تظهر على الوجه، يلاحظ وجود هالات وبقع حمراء اللون تصبح أشد احمراراً عندما يبكي الطفل أو يستحم، أو عندما يتواجد في جو حار.

لا تزعج الأكزيما الطفل عادة، وليس لها آثار ضارة على صحته العامة، وفي حالات قليلة قد تصاب بالخمج، بسبب نقص العناية الصحية عادة، فتصبح البقع كأنها مبللة بالماء وتنز سائلاً أصفر اللون.

«قلنسوة المهاد»

إن القشور الجافة الرقيقة في «قلنسوة المهاد» لا تزعج الرضيع. ويمكن رفعها بسهولة بدلكها بلطف بواسطة زيت أطفال.

العلاج: يشفى هذا الاضطراب من تلقاء نفسه خلال عدة أيام، ولا حاجة لمراجعة الطبيب، مع التأكيد على ضرورة المحافظة على نظافة وجفاف المناطق المصابة وذلك بغسلها بطريقة عادية وتنشيفها وتجفيفها تماماً. وإذا كان منظر الأكزيما الدهنية عند الوليد قبيحاً فيمكن

مسح الوسوف بلطف بزيت أطفال غير معطر، وبهذه الطريقة تتفرق الوسوف ويمكن التخلص منها أثناء الاستحمام العادي. كما يستطيع الطبيب، كبديل عن الإجراءات السابقة، وصف مرهم ملطف. أما إذا أصيبت الأكزيما بالخمج فسيصف الطبيب مرهماً مضاداً حيوياً ليساعد على الشفاء أما الأكزيما الدهنية التي تنتج عن طفح الحِفاض فتعالج بالمراهم الستيروئيدية.

تجب استشارة الطبيب إذا لم تتحسن حالة الطفح والحكاك عند الطفل. أحياناً يظهر لدى بعض الأطفال ما يمكن تسميته رد فعل أرجي تجاه بعض الأطعمة والألبسة والأخماج، وحتى اللقاحات (راجع أكزما الطفولة ص 893). تستطيع الأم والطبيب معاً تحديد العنصر المقلق أو المهيج ومن ثم يمكن تحديد العلاج.

البكاء المفرط (Excessive crying)

في الأسابيع الأولى من حياته ينام الطفل الطبيعي أوقاتاً طويلة، لكنه يبكي بصوت مرتفع عندما يستيقظ ويصحو تماماً. أما الطفل الذي يبكي بكاءاً خافتاً ومتقطعاً وعلى مراحل، فقد يكون مريضاً مرضاً شديداً. بينما يبدأ الطفل بالتعرف على المحيطين به تزداد عنده الفترات التي يستيقظ فيها، من دون بكاء، إنما بشكل تدريجي حتى الأسبوع السادس من عمره، حيث يمكنه أن يستيقظ ويصحو من دون بكاء لمدة نصف ساعة، وكذلك يكون حاله بعد الطعام، وتتزايد عنده فترات ومرات الاستيقاظ الهادئ مع نموه وتقدمه بالعمر.

يختلف الأطفال اختلافاً كبيراً في استجاباتهم وتطورهم، لذلك لا توجد أسس معينة لتقدير كيف يكون البكاء مفرطاً. فبعض الأطفال يبكون أكثر من الآخرين بسبب اختلاف في الشخصية، بينما ترى أطفالاً حديثي الولادة يبكون في الوقت الذي يجب أن يناموا فيه، وعندما تصبح أعمارهم ستة أشهر تقريباً يبكون في الوقت الذي يجب أن يلعبوا فيه، هذا البكاء الكثير يمكن أن نسميه البكاء المفرط.

إن الكثير من هدوء وسكينة الطفل يمكن أن يحدثه الأب والأم أو من يعتني به، وبمعنى آخر، يكون الأبوان القلقان سبباً في بث القلق عند طفلهم، فينام نوماً سيئاً ويبكي كثيراً. كما يمكن للمحيط العدواني أن يحرض بكاءاً أكثر عند الطفل، وهذا ما يجعل الأبوين أكثر قلقاً، ويغضبان من بكاء طفلهما مما يسبب زيادة في بكائه. والبكاء المفرط أكثر شيوعاً عند الطفل الأول بسبب أن الأبوين يكونان قليلي التجربة وتعوزهما الثقة، وينقلان هذه الحالة إلى طفلهما.

وفيما يلي سنناقش بعض التغيرات الشائعة للبكاء المفرط:

المغص: هذه حالة طفل يبكي بكاءً عالياً من دون سبب واضح، والأطفال الذين يعانون من هذه الحالة يبدو أنهم أطفال بائسون، قليلو الأكل، يتصرفون كما لو أن لديهم ألماً في معدتهم، ويسحبون أقدامهم للخلف، ويطلقون غازات. يبدأ المغص عند الأطفال عادة من

عمر أسبوعين إلى أربعة أسابيع، ولا أحد يعلم، بالحقيقة، ما سبب هذه الحالة، ولدى الغالبية منهم يتوقف الألم عندما يصبح عمر الطفل حوالي ثلاثة أو أربعة أشهر.

لا يوجد علاج خاص لهذا الألم، لكن بعض الأطفال الذين يعانون منه تتحسن حالتهم إذا ناموا في غرفة هادئة وعاشوا حياة هانئة وجرى التعامل معهم بحنان ولطف ومنحوا الكثير من الرعاية والاهتمام من قبل أبويهم. وبالطبع، يجب أن يتجشأ الطفل، بعد تناوله طعامه، وخاصة إذا كان يعاني من ألم ما.

بزوغ الأسنان: تبدأ أسنان الطفل بالبزوغ ما بين الستة أشهر والسنتين من عمره وعندها قد تلتهب اللثة وتتورم قليلاً في المكان الذي سيبزغ منه السن فيضع الطفل يده في فمه ويحكُّ لثته ويبكي نتيجة هذه الحالة المزعجة، لكن هذا الالتهاب والورم سرعان ما يزولان بعد البزوغ، حتى لو ظهرت عدة أسنان معاً، وبعد عدة أيام يتوقف الطفل عن البكاء.

خروج البول: يبكي الطفل أحياناً عندما يبول، لذا يعتقد بعض الآباء بأن التبويل عملية مؤلمة لأبنائهم. غالباً يبدأ الطفل بالبكاء قبل لحظات من بداية تبويله.

بعض الأطفال الذين لديهم بكاء مفرط يعانون، في الواقع، من أمر غير صحي وخاطئ ويحتاجون للعناية والاهتمام. فربما يكون الطفل قد أصيب بخمج ما، يدل عليه، عادة، سيلان أنفي، سعال، قيء، إسهال، قلة أكل، أو بشكل عام، عجز في النمو، كما أن نفس الأعراض يمكن أن تدل أيضاً على مشكلة جسمية، مثل وجود فتق، أو أن الطفل يعاني من الوحدة ويحتاج لمن يهدئ من روعه، ويكون هذا واضحاً إذا توقف الطفل عن البكاء عندما تحمله أمه (أو غيرها)، وكذلك يمكن أن يكون الطعام الذي يتناوله غير مناسب له أو غير كافٍ (راجع مشاكل التغذية ص 867).

العلاج: عند بكاء الطفل لسبب غير معلوم، وبعد التأكد من أن الغذاء القليل أو غير المناسب ليسا السبب في ذلك، وأنه لا يعاني من بلل الحفاض أو اتساخه، يتوجب عرض الطفل على الطبيب. في حال تبين له أن الطفل ليس مريضاً فيجب أن تدرك الأم أن طفلها يتفاعل مع حالتها العاطفية ليس إلّا.

في الحالة التي تكون الأم فيها تعبة ومتوترة من السهر ليلاً لإطعام طفلها، فلتحاول النوم لساعات قليلة أثناء النهار عندما يكون طفلها نائماً، ولتدع الأعمال المنزلية تحتل المركز الثاني بعد صحتها وصحة طفلها. ويفيدها كثيراً تداول الحديث عن أمور الطفل، وقبول المساعدة من أفراد الأسرة الآخرين، وخاصة والد الطفل. ويمكن استشارة أمهات ذوات خبرة طويلة في تربية الأطفال للإفادة من خبراتهن وتجاربهن، وكذلك يمكن للطبيب أن يُساعد في إيجاد الحلول العملية لانسجام الأم مع عواطفها تجاه طفلها.

العلامات الولادية (Birth marks)

علامة الولادة هي تغير لون جلد الوليد في منطقة ما منه إلى غير لونه الأصلي مباشرة عند ولادته أو بعدها بقليل، ثم يزول هذا اللون بعد عدة أيام. عادة، تكون هذه العلامة عبارة عن رضوض تحدث أثناء المخاض، أو علامات سببها استعمال الملقط، أو ناجمة عن نزول الطفل. كما يمكن أن تكون عبارة عن دم متجمع في الأوعية الدموية الدقيقة في الجلد فتسمى وحمة أو شامة (Nevus) ، أو تشكل بقعة صباغية (Pigmented spot) على سطح الجلد.

يوجد ثلاثة أنواع للوحمات:

النوع الأول، هو الورم الوعائي الدموي الشعري الجلدي (Capillary nevus) وتكون بشكل سطح وردي، أو وردي مع بني، ويوجد لدى معظم الأطفال، عادة، الكثير من الأورام الوعائية الدموية الشعرية الجلدية عند ولادتهم، لكن معظمها يختفي بالتدريج قبل أن يصل الطفل لعمر الثمانية عشر شهراً.

النوع الثاني، هو الورم الوعائي الدموي الشعري (Strawberry nevus) وهو ذو لون أحمر فاتح ويحتل مسافة (10) سم تقريباً، وعادة، لا يوجد لدى الطفل أكثر من ورم واحد من هذا النوع، حيث يمكن أن يُشاهد في أي جزء في جسمه. يكون الورم عند الولادة صغيراً ولا يمكن رؤيته لعدة أيام، لكنه ينمو بسرعة خلال عدد قليل من الأسابيع، بعد ذلك يكبر حجمه بشكل نسبي مع كبر حجم الطفل. وأحياناً، وعندما يوجد تحت الورم أغشية دهنية، فإن المنطقة الحمراء تقع على قمة كتلة النسج الطرية هذه بارتفاع من (1 ـ 2) سم فوق سطح الجلد. وعندما يبلغ عمر الطفل ستة أشهر تقريباً يمكن رؤية مناطق بيضاء صغيرة متناثرة في الورم، هذه البقع البيضاء تنتشر تدريجياً وتحتل مكان الطبقة الحمراء، وفي نفس الوقت تصبح المنطقة أشد تسطحاً. وعادة يختفي الورم مع وصول الطفل إلى السنة الثالثة من العمر لكنه يترك منطقة شاحبة اللون في الجلد.

النوع الثالث: من الوحمات يدعى الوحمات اللاهبة (Portwine stain) ، وهي ذات لون أحمر قرمزي، تكون عادة ممتدة، وأحياناً تكون مرتفعة جزئياً، وتشاهد عموماً، على الوجه أو على الأطراف، ويستمر وجودها، عموماً، إلى مرحلة النضج ثم يبهت لونها.

هناك نوع آخر من الوحمات مسطحة وذات شكل غير سوي، لها لون القهوة، ويوجد منها، عادة، بقعة واحدة أو بقعتان صغيرتان في أي منطقة من الجسم، لكن، في بعض الحالات، قد يوجد العديد من البقع الصغيرة أو الكبيرة، أو الاثنتين معاً. هذه البقع الصبغية تكون، عموماً، دائمة ولا تزول.

المشكلة الحقيقية للعلامات الولادية أنها قد تسبب التشوه وتسيء للناحية الجمالية، لذلك يمكن علاجها أحياناً بالجراحة، أو يمكن سترها بمرهم خاص.

قد ينزف الورم الوعائي الدموي الشعري أحياناً، من تلقاء نفسه، أو إذا جرى خدشه، في هذه الحالة يمكن إيقاف النزف بالضغط على الجرح بواسطة الأصبع لعدة دقائق.

متلازمة داون (Down's syndrome)

في كل خلية من خلايا الجسم البشري الطبيعي يوجد (46) صبغياً (Chromosomes) ما عدا البيوض والنطاف. أحياناً، ولسبب ما، يولد الطفل ولديه (47) صبغياً في كل خلية، أي بزيادة صبغي واحد، ومثل هذا الطفل هو الذي لديه متلازمة داون.

الأعراض: من منظر وجوههم، يتم التعرف على الأطفال الذين لديهم متلازمة داون، عند الولادة، حيث يكون انحدار الأعين باتجاه الأعلى عند الزوايا الوحشية، ويكون الوجه وتقاسيمه كلها صغيرة، واللسان كبيراً ويميل للخروج من الفم. ومن السمات الأخرى يكون قفا الرأس مسطحاً وأحياناً يعوجُّ الأصبع الصغير باتجاه الأصبع الثالث، كما يكون له غالباً مفاصل مضاعفة.



المظاهر الوجهية النمطية

يتصف معظم الأطفال المصابين بمتلازمة داون بأعينهم المنزاحة للأعلى وأجفانهم المنتفخة. وأحياناً يتبارز اللسان [إلى الخارج] قليلاً وتكون الأذنان شاذتي الشكل وذات ارتكاز منخفض.

يكون الأطفال الذين يعانون من هذه المتلازمة متخلفين عقلياً (راجع مشاكل التعلُّم ص 900)، لكن يمكن أن يكونوا سعداء ومشاركين في الحياة الأسرية بسبب تمتعهم بحس التجاوب والحب والمزاج الحسن.

المضاعفات: في المعدل العام، يولد واحد أو اثنان في السنة وقد أصيبا بمتلازمة داون، من كل مئة طفل مولود، لكن المرأة المنجبة، التي يزيد عمرها عن (35) سنة، تزداد عندها نسبة احتمال إنجاب طفل يحمل هذا الشذوذ إذا كان لديها أو لدى زوجها بعض حالات الخلل النادرة في الصبغيات. وباستطاعة الطبيب، في هذه الحالة، أن يقوم بفحص الجنين لمعرفة إذا كان مصاباً بمتلازمة داون (راجع الإجراءات الخاصة أثناء الحمل ص 853).

من بين كل ثلاثة أطفال لديهم هذه المتلازمة يكون واحد منهم مصاباً باضطرابات قلبية ولادية (راجع ص 880)، وتحدث لديهم انسدادات معوية بنسبة أعلى قليلاً من حدوثها عند الأشخاص الطبيعيين (راجع ص 889)، ويصابون أحياناً بابيضاض دم حاد (ص 909)، وبشكل خاص يكونون عرضة لأخماج المجاري التنفسية والأذن.

العلاج: أفضل وضع بالنسبة لطفل مصاب بمتلازمة داون هو أن يربى ضمن أسرته بشرط

ألا يبدي الأبوان، وباقي أفراد الأسرة، تبرماً واستياءً منه ومن تصرفاته، بل أن يتعاملوا معه بلطف وحنان.

التوقعات البعيدة المدى: يستطيع المصابون بهذا المرض، بمرور الوقت، التدرب على أداء أعمال بسيطة ومفيدة، ولحاجتهم دوماً، إلى الحماية والرعاية، على الأسرة أن تؤمن لهم ذلك. أما إذا رافق مرضهم هذا اضطرابات خلقية أخرى فإن توقعات الحياة أمامهم تتناقص بشكل واضح.

الجنس المحيَّر (Doubtful sex)

أثناء الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل، تُنظم الهرمونات الجنينية (راجع الاضطرابات الهرمونية ص 663) تطور أعضاء الجنين الجنسية. فإذا كان إنتاج هذه الهرمونات غير طبيعي، لسبب من الأسباب، فإن ذلك يؤدي إلى تشوه شكلي في تلك الأعضاء.

بواسطة الجراحة يمكن في أغلب الأحيان، تصحيح العيوب الرئيسية في الأعضاء الجنسية. لكن، في حالات نادرة، يكون العيب كبيراً جداً وأحياناً يصل إلى مدى يوقع الأطباء في حيرة حول جنس الطفل. في هذه الحالات، تقشط خلايا من داخل فم الطفل، بعد الولادة مباشرة، لفحص صبغياته (Chromosome) وتحديد جنسه.

حالما يُعرف جنس الطفل المولود يمكن وضع خطة للمعالجة، فيمكن إجراء أي جراحة ضرورية، ويتم إجراء ذلك، عادة، في عمر سنتين أو أكثر، وذلك لتمكين الأعضاء الجنسية اتخاذ المظهر المتلائم مع الجنس الحقيقي للطفل. وفي أغلب الحالات تضمن الجراحة والمعالجات الأخرى أن الطفل سينمو نمواً مشابهاً لأقرانه ضمن جنسه الحقيقي، وكذلك سيكون قابلاً لممارسة حياة جنسية طبيعية وإنجاب أطفال.

- 2 -
الاضطرابات الولادية في الجملة العصبية المركزية(*)
(Congenital disorders of the central nervous system)

تنمو الجملة العصبية المركزية (راجع اضطرابات الدماغ والجهاز العصبي ص 285) المؤلفة من الدماغ (Brain) والنخاع الشوكي (Spinal cord)، في الشهرين الأولين من الحمل، من شريط من الخلايا (Strip of cells) يمتد على ظهر المضغة (Embryo)، حيث تبدأ أطراف هذا الشريط بالانحناء نحو الداخل بشكل تدريجي مشكلة بذلك أنبوباً من الخلايا، يتكون من نمو الجزء الأمامي منه الدماغ ومن الجزء الخلفي النخاع الشوكي.

(*) الاضطرابات الولادية تعني الاضطرابات الخلقية، ولكن تسميتها بالولادية تدل على أنها موجودة منذ الولادة.


الجملة العصبية المركزية

يُحاط الدماغ والنخاع الشوكي بالسائل الدماغي الشوكي (المخي النخاعي) (Cerebrospinal fluid) الذي ينتجه الدماغ، والذي يوفر مسنداً لهذه الأعضاء الرخوة. ومع نمو العظام تقوم، فيما بعد، الجمجمة (Skull) والعمود الفقري (Spinal column) بالحماية اللازمة.

إن الخلل أو الاضطراب الخلقي (الولادي) في الجهاز العصبي المركزي يكون عند الولادة بشكل شذوذ في الدماغ و/أو النخاع الشوكي. وفي حالة السِنسنة المشقوقة (Spina bifida) يكون العمود الفقري والنخاع الشوكي الموجود داخله ناقصين أو مشوهين. وفي مرض مَوَه الرأس (Hydrocephalus) يكون هناك إفراط في إفراز السائل الدماغي الشوكي داخل وحول الدماغ.

قد تظهر بعض هذه الاضطرابات الخلفية (الولادية) في الجملة العصبية المركزية لدى بعض الأسر. ففي حال إصابة أحد الأطفال بهذه الاضطرابات، وكان أحد الأطفال الأقرباء مصاباً أيضاً، يتوجب على الوالدين مناقشة الأخطارالمحتملة، في حالات الحمل اللاحقة، مع الطبيب المختص، الذي يمكنه إجراء فحص الدم، في المراحل المبكرة للحمل، لاكتشاف مدى إصابة الجنين بالسِنسِنة المشقوقة أو أي اضطراب ذي صلة بهذا المرض، كما يمكن تعزيز هذا التشخيص ببزل السَلي (Amniocentesis) (ص 853)، وكذلك بالفحص بالأمواج فوق الصوتية (Ultrasound) (ص 853) فإذا أكدت الفحوص وجود تلك الاضطرابات فمن الممكن إنهاء الحمل.

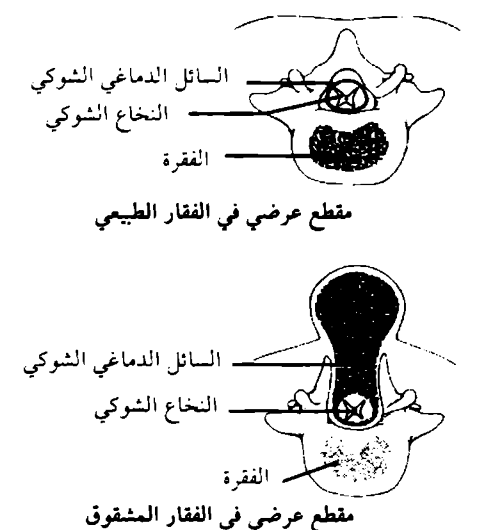
السِنسِنة المشقوقة (Spina bifida)

في هذه الحالة، لا ينمو قسم من العمود الفقري العظمي (Bony spine) الذي يساعد في حماية النخاع الشوكي (Spinal cord) بالشكل الصحيح مما يؤدي إلى عدم توفر الحماية اللازمة للأعصاب والنخاع الشوكي في المنطقة المعيبة مما يشلها عن العمل، كما تؤثر هذه الاضطرابات عادة على القسم السفلي من النخاع الشوكي. وبما أن الأعصاب الشوكية (Spinal nerves) في هذه المنطقة تسيطر على عمل الأطراف السفلية والمثانة (Bladder) والأمعاء (Bowels) ، لذلك يكون الطفل المصاب بهذا الاضطراب، عادة، عرضة للإصابة بشلل الطرفين السفليين، كما يكون غير قادر على التحكم بتبوله وتغوطه، ويعتمد مدى الإعاقة الحركية على مدى تضرر الألياف العصبية الشوكية في الصلب.

الأعراض: تتعدد العيوب في قاعدة الصلب وكذلك التشوهات اللاحقة في النخاع الشوكي. فمثلاً، في بعض الحالات، يكون العيب الوحيد الذي يُرى عبارة عن غمازة (Dimple) صغيرة على جلد الوليد فوق الصلب، بينما تكون السنسنة المشقوقة عند أطفال

آخرين، بشكل غشاء كبير ذي لون أحمر قرمزي فوق الظهر، يغطي فجوة من الصلب في المكان الذي توقف فيه النمو، كما يكون الصلب منحنياً بشكل غير طبيعي عند البعض الآخر.

المضاعفات: يكون الغشاء القرمزي اللون، على ظهر الطفل، شفافاً وقابلاً للتلف، يمكن في حال وصول الخمج إلى السائل الدماغي الشوكي، عبر هذه المنطقة الهشة، أن ينتقل بسرعة إلى أغشية الدماغ فيصاب الطفل بالتهاب السحايا (Meningitis) (ص 896). كما أن أخماج المثانة كثيرة الحدوث في حالة السِنسِنة المشقوقة وربما تؤدي هذه الإصابة إلى تأذي الكلية (Kidney) . وعندما يكون الوليد مصاباً بمَوَه الرأس (Hydrocephalus) ، الذي يحدث غالباً في هذه الحالة، فإن الأخطار تتزايد والمضاعفات تكون أشد.



مقطع عرضي في الفقار الطبيعي

مقطع عرضي في الفقار المشقوق

العلاج: لا يوجد علاج للسنسنة المشقوقة، فالنقص في تشكل الألياف العصبية لا يمكن تعويضه، وكل إصابة بالشلل ناتجة عن هذاالنقص تعتبر من الإصابات الدائمة.

في حالات كثيرة، تُجرى عملية ترميم (تصحيح) الغشاء الشفاف على ظهر الوليد بعد ولادته بقليل، لكن، لسوء الحظ، لا يمكن عمل الكثير لإصلاح الأعصاب الشوكية (Spinal nerves) الناقصة، إنما للعناية الخاصة والدائمة أهمية يمكن أن تعود بفائدة، فالمعالجة الفيزيائية عند أخصائي ماهر، تحرض العضلات الغير مصابة على الحركة. ويتمكن الأطفال من تعلم الحركة والتنقل بمساعدة الكرسي المتحرك. والوسائل الأخرى تسهل عملية المشي، ولكي ينمِّي الطفل / أو الطفلة المصاب بهذا المرض قوته العضلية، تستوجب الحالة معالجة إيجابية في مركز متخصص. والعلاج بالمضادات الحيوية يمكن أن يكون ضرورياً لدرء الأخماج البولية وغيرها.

التوقعات البعيدة المدى: تتعدد التوقعات للطفل المصاب بالسنسنة المشقوقة، وذلك تبعاً لدرجات الخلل وفيما إذا كان أو لم يكن مصاباً بمَوَه الرأس.

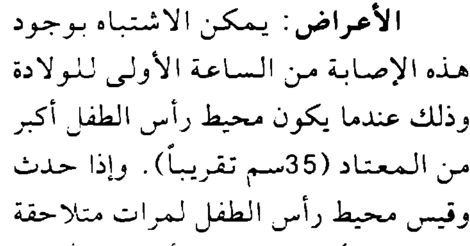
يمكن، من وقت لآخر، إجراء عمليات جراحية لتصحيح تقوس الأرجل ولتمكين الطفل من اكتساب السيطرة على مثانته، ولاحقاً، وفي مرحلة البلوغ، يصبح بمقدور المصابين بهذا المرض القدرة على السيطرة على مثاناتهم سيطرة تامة.

باستطاعة الأطفال، سليمي العقل والمصابين بهذا الاضطراب، الذهاب إلى مدرسة خاصة بالمعاقين وممارسة بعض الحياة الاجتماعية.

مَوَه الرأس(*) (Hydrocephalus)

يحاط الدماغ (Brain) ، من جميع جهاته، بسائل دماغي شوكي (Cerebrospinal fluid) متوضع في فراغات وتجاويف الدماغ ويمر في المسافة المحيطة بالدماغ، حيث يجري امتصاصه من قبل غشاء يحيط بهذه المسافة. فإذا حدث تشوه في هذا الغشاء، أثناء مرحلة نمو الجنين، أو إذا حدث ما يمنع امتصاص هذا السائل، فإنه ينحبس في تجاويف الدماغ محدثاً ضغطاً عليه يؤدي إلى تورمه، مما يؤدي إلى فصل عظام الجمجمة اللينة عن بعضها فيصبح حجم رأس الطفل أكبر من الحجم الطبيعي. وفي الحالات الشديدة من مَوَه الرأس فإن الدماغ يتأذى تأذياً شديداً ودائماً.

يمكن أن يحدث مَوَه الرأس، لاحقاً، في سنوات الطفولة كنتيجة لتأذي الدماغ بسبب الأخماج أو الأورام.





طفل مصاب بمَوَه الرأس — طفل طبيعي

الأعراض: يمكن الاشتباه بوجود هذه الإصابة من الساعة الأولى للولادة وذلك عندما يكون محيط رأس الطفل أكبر من المعتاد (35سم تقريباً). وإذا حدث وقيس محيط رأس الطفل لمرات متلاحقة خلال عدة أسابيع ولوحظ أن النمو أكبر من المعدل المعروف، فيجب إجراء تصوير شعاعي وتفريس طبقي محوري (Cat Scan) للرأس.

المضاعفات: هذا الاضطراب نادر الحدوث نسبياً، ويترافق أحياناً مع السنسنة المشقوقة (البحث السابق). فإذا كان قد وصل إلى مرحلة متقدمة عند الولادة فإنه يؤدي إلى حدوث تلف خطير في الدماغ، مما يسبب إعاقة حركية وذهنية عند الوليد، وربما تحدث الوفاة في وقت مبكر نتيجة لإصابة الطفل بالأخماج.

العلاج: في حالات كثيرة، يعالج مَوَه الرأس جراحياً، فيعطى الوليد بنجاً عاماً، وتُحدث حفرة صغيرة في جمجمته ومن خلالها يثبت، عند الدماغ، طرف أنبوب دقيق مزود بصمام وحيد الاتجاه، بينما يثبت الطرف الآخر للأنبوب في وعاء دموي يصب باتجاه القلب، وبذلك يسيل السائل، الآتي من الدماغ عبر هذا الأنبوب، إلى المجرى الدموي.

بعد إجراء العملية، يعود رأس الطفل إلى حجمه الطبيعي تدريجياً، وأثناء السنة الأولى، بعد هذه العملية، يحتاج الطفل لفحص روتيني شهري. فيمكن أثناء نموه أن ينغلق الأنبوب مما يولد ضغطاً على الدماغ، فيصاب الطفل بالهيجان والإقياء، مما يستوجب إدخال الطفل إلى المستشفى حالاً لفتح الانسداد أو استبدال الأنبوب بغيره.

(*) مَوَه الرأس: هو استسقاء الرأس أو انحباس السوائل فيه.

إذا أجريت العملية العلاجية، السابقة، للطفل بعد ولادته بوقت مبكر، وسار كل شيء كما هو مرسوم له، فإن تطور الطفل عقلياً وجسمياً سيكون جيداً جداً.

- 3 -

اضطرابات القلب الولادية (Congenital heart disorders)

من بين كل مئة طفل يولد طفل لديه قلب مصاب بعيب من نوع ما، وهذا العيب قد لا يكون خطيراً ولا يؤثر على استمرار حياة الطفل، كما يمكن أن يكون خطيراً لدرجة استحالة استمرار الحياة رغم تقديم العلاج اللازم بعد الولادة مباشرة.

في مرحلة مبكرة من مراحل الحمل يبدأ قلب الجنين بالنمو، ويتم تطوره ونموه عند نهاية الشهر الثالث. إن أية مشكلة في نمو القلب، تحدث في هذه الفترة المهمة، تسبب للجنين اضطراباً قلبياً واحداً أو أكثر.

يمكن أن يحدث هذا الشذوذ إذا أصيبت الأم الحامل، أثناء فترة الحمل الأولى، بالحصبة الألمانية (German measles) أو بالحميراء (Rubella) (ص 823)، أو بأية أمراض خمجية خطيرة. لكن، في معظم الحالات، لا يُعرف السبب الحقيقي لهذا الشذوذ. وأحياناً قد يكون السبب موروثاً (Genetic)، كمتلازمة داون (ص 875) أو متلازمة مارفان (Marfan's syndrome) التي هي اضطراب يصيب النسيج الليفي البروتيني (Protein Fibrous tissue)، الذي يدعى مولد الغراء (Collagen)، والذي يعطي الأوعية الدموية وصمامات القلب القوة اللازمة. وهذا الاضطراب يسبب ضعف صمامات القلب، خاصة الصمامات الأبهرية والتاجية (Aortic and mitral valves)، والشريان الأبهر (Aorta). يكون الأطفال المصابون بهذا الاضطراب طوال القامة نحيلي الجسم وعدسات أعينهم (Lenses) لا تستقر في موضعها (راجع اضطرابات العين ص 356)، على أن الخطر الأكبر على الصحة يأتي من أن هذا الاضطراب يحمل معه مخاطر انفجار أو تمزق الشريان الأبهر وهو الشريان الرئيسي الخارج من القلب، في أية مرحلة من مراحل الحياة، وعلى كل حال، وفي بعض الحالات، يمكن للشخص المصاب بهذا الاضطراب متابعة حياته الطبيعية بسلام.

الأعراض: في حالات عديدة من أمراض القلب الولادية، لا يلاحظ وجود أي أعراض واضحة، لكن تلك العيوب تكتشف أثناء إجراء الفحوص الروتينية للقلب. وفي حالات أخرى تظهر الأعراض عند الولادة، وأحياناً قد لا تظهر حتى مرحلة الطفولة أو قد تتأخر بالظهور إلى أبعد من ذلك، ولا يرتبط ظهورها بالحاجة إلى عمل جراحي فوري حيث إن بعض الحالات لا تظهر فيها أعراض تستوجب عملاً جراحياً لمنع الاضطراب من الظهور في مرحلة لاحقة من حياة الطفل المصاب.

من سمات مشاكل القلب الولادية تلوُّن الجلد بلون أزرق، وهذا يحدث بسبب وجود نقص كبير في أكسجين الدم الجائل في الأوعية الدموية. والرضيع المصاب بقصور قلب خفيف (ص 460) يمكن أن يجد صعوبة في تناول غذائه، لأن ذلك يحتاج لبذل جهد كبير لا يستطيع الطفل الرضيع فعله مما يؤدي إلى نقص وزنه، ويكون بكاؤه عادة أقل من بكاء الأطفال الطبيعيين. وفي حالة الرضيع المصاب بقصور قلب شديد تظهر هذه الأعراض بصورة أكثر وضوحاً، فيكون تنفسه سريعاً ومجهداً، ويمكن أن يصاب بالازرقاق.

إن الأطفال المصابين بأمراض قلبية ولادية يمكن أن يصابوا باللهاث حتى في حالات الراحة، كما يكون تطور أجسامهم ناقصاً، وإذا أصيبوا بفشل قلبي فإنهم يعانون من زلة تنفسية وتزرق جلودهم.

النفخات القلبية (Heart murmurs) : يتم تشخيص اضطرابات القلب الولادية، عادة، بالاستعانة بسماعة الطبيب (Stethoscope) . ففي حالة القلب السليم تماماً تلتقط السماعة الأصوات عندما ينقبض البطينان (Ventricles) وتنغلق صمامات القلب الأربعة بسرعة (Valves snap) ، ومعظم الأصوات الأخرى غير المتوقعة والصادرة عن القلب تعرف بالنفخات القلبية. وجود هذه الأنواع من الأصوات لا يمكن بالضرورة أن يشير إلى وجود علة قلبية أو أن القلب غير سليم، وبإمكان الطبيب عادة أن يميز بين النفخة التي تدل على وجود علة عن غيرها، ذلك لأن لكل علة قلبية نفخة خاصة بها، ويستطيع الطبيب نتيجة لهذا التمييز، أن يحدد نوع العلة الموجودة قبل إجراء الفحوص الإضافية اللازمة.

إذا أصيب الطفل بنفخة قلبية بسيطة فيجب معاملته كالأطفال الأصحاء ما لم يطلب الطبيب عكس ذلك، لأن النشاط العادي للطفل لا يسبب ضرراً له، والمشكلة تبدأ من اهتمام الأبوين الزائد بطفلهما المصاب.

الفحوص التشخيصية الخاصة: حالما يكتشف الطبيب وجود خلل في قلب الوليد، فإنه سيلجأ إلى إجراء فحوصات أخرى لمعرفة مدى الإصابة، فيطلب تصوير الصدر بأشعة (X) ، وهذا يظهر بعض العلل في حجم وشكل فجوات القلب، وتخطيط القلب كهربائياً (Electrocardiogram - ECG) ، الذي يسجل النبضات الكهربائية بالترافق مع دقات القلب، وغالباً يظهر إذا كان هناك توسع في حجرات القلب أو علل في حركته المنتظمة. إضافة إلى ذلك، فإن إجراء فحص بالأمواج فوق الصوتية (Ultrasound) يظهر سماكة جدران حجرات القلب النسبي ووضع وشكل الصمامات فيه، علماً أن هذه الإجراءات لا تسبب أي إزعاج للطفل ولا حاجة للتبنيج عند إجرائها (راجع التعاريف ص 9).

قد يضطر الطبيب في حالات معينة، إلى إجراء فحص يسمى القثطرة القلبية (Cardiac catheterization) ، يُبنج أثناءها الطفل (أو يعطى مركناً مناسباً) ثم يمرر الطبيب أنبوباً دقيقاً يسمى قثطرة (Catheter) في داخل وعاء دموي (يكون عادة في أحد الأطراف السفلية) حتى

يصل إلى القلب، ثم يحركه داخل فجوات القلب ويراقب فتحاته التي تظهر واضحة على شاشة خاصة. وبواسطة هذا القثطار أيضاً، يستطيع الطبيب قياس ضغط الدم وكذلك كمية الأكسجين في الدم في كل حجرة من حجرات القلب. ويُصوِّر فيلم أشعة بواسطة أشعة (X) بينما يُمرر القثطار سائلاً خاصاً تلتقطه الأشعة، عبر فجوات القلب والرئة، وبهذا الإجراء يستطيع الطبيب معرفة حجم وشكل حجرات القلب وصماماته وأوعيته الدموية (بواسطة الفيلم المصور).

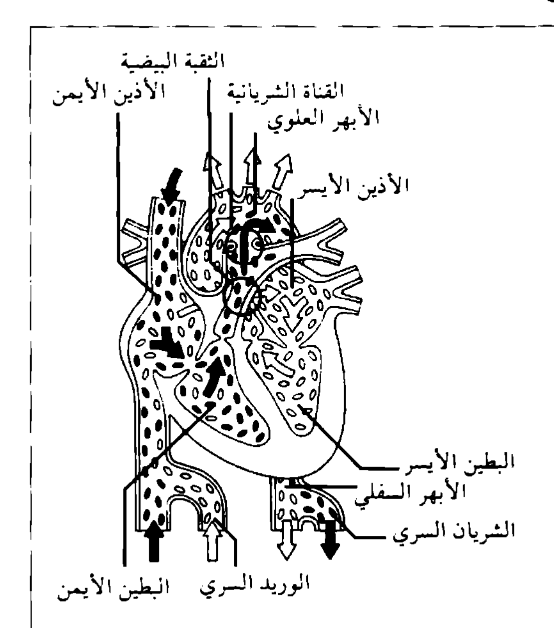
ومن جميع الاستقصاءات السابقة والمعلومات التي تم الحصول عليها، يستطيع الأطباء تشخيص علة الطفل بدقة، ومن ثم تقرير العلاج المناسب.

العلاج: في معظم حالات أمراض القلب الولادية (الخَلقية)، يجب إجراء عمل جراحي لتصحيح العيوب، لكن ما لم يكن الاضطراب شديداً ويستوجب هذا الإجراء تؤجل الجراحة حتى مرحلة الطفولة المبكرة، وبذلك يكون معدل نجاحها أعلى مما إذا أجريت للطفل في مرحلة الرضاعة، لأن قدرة جسم الطفل تصبح أفضل لتحمل عملية القلب المفتوح. في الوقت الحاضر، أصبح معدل نجاح معظم عمليات القلب للأطفال عالياً، وفي معظم الأحوال يُتوقع للذين أجريت لهم عمليات قلب ناجحة، أن يعيشوا حياة طبيعية.

عندما يصاب الأطفال الرضع بقصور قلبي، فإنهم سيحتاجون لتناول عقاقير خاصة لعدة سنوات أو إلى أن يصبح بالإمكان إجراء جراحة لهم، وتلك العقاقير تعطى للطفل المصاب لتقوية إمكانية ضخ قلبه للدم ولإنقاص فرط السوائل في الجسم. لقد أصبحت زراعة القلب حالياً إجراءً طبياً معتمداً، وتجرى لأطفال مصابين بعيوب قلبية رئيسية لا يوجد لها علاج آخر، ولكن، لسوء الحظ لا يتوفر دائماً عضو بديل مناسب من متبرع مقبول، مما يشكل ظرفاً حرجاً.

القلب الطبيعي قبل وبعد الولادة

1 ـ قبل الولادة: يتجاوز معظم الدم الرئتين غير العاملتين عبر مسربين مؤقتين، هما الثقبة البيضية والقناة الشريانية (الدائرتان السوداوتان). يأتي الدم الحيوي المؤكسج (الأسهم والنقاط الغامقة) من المشيمة عبر الوريد السري. ويتدفق معظم هذا الدم من الأذين الأيمن خلال الثقبة البيضية إلى داخل الأذين الأيسر والبطين الأيسر، ومن ثم يُضَخ إلى الأبهر ليتوزع على الشرايين التي تزود الجسم، والدماغ، والقلب نفسه بالدم. أما الدم المنزوع الأكسجين (الأسهم والنقاط الفاتحة) فيعود إلى الأذين الأيمن ويختلط مع دمها ويسيل إلى

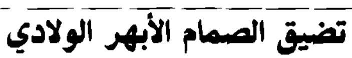


الشريان الرئوي الرئيسي

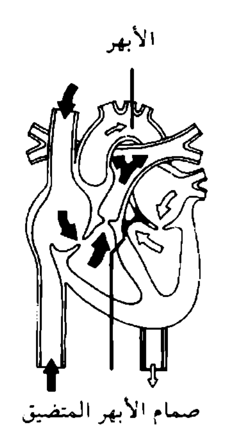
إلى الرئتين إلى الرئتين

البطين الأيمن، وعندما يُضخ إلى الشريان الرئوي فإنه يمر عندئذٍ عبر القناة الشريانية ومنها إلى الأبهر ومن ثم إلى الشريان السري، ومن هناك يذهب إلى المشيمة ليتأكسج ثانيةً ويعيد دورته من جديد.

2 ـ بعد الولادة: تنغلق الثقبة البيضية وكذلك القناة الشريانية، كما أن المدخل من الوريد السري والمخرج من الشريان السري ينغلقان. يُقطع الشريان والوريد السريّان بالإضافة للحبل السري ويتنكسان ويسقطان مع الحبل السري. وتقوم الرئتان الآن بتزويد دم الوليد بالأكسجين، حيث يدخل الدم الوارد من الرئة إلى الأذين الأيسر ومنها إلى البطين الأيسر، ومن ثم يُضخ إلى الأبهر حيث يتوزع عبر الشرايين إلى أنحاء الجسم. أما الدم المنزوع الأكسجين والوارد من الجسم فيدخل الأذينة اليمنى ويُضخ إلى البطين الأيمن ومن ثم إلى الرئتين عبر الشريان الرئوي لإعادة أكسجته.



تضيق الصمام الأبهر الولادي



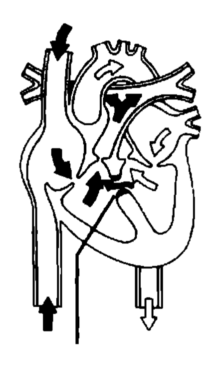
صمام الأبهر المتضيق

عادة، يكون التضيق قريباً من بداية الشريان الأبهر (Aorta)، كما يكون، أحياناً في الصمام الأبهري أيضاً، مما يؤدي إلى منع تدفق الدم إلى الجسم.

في هذه الحالة، يمكن أن يعاني الطفل من قصور قلب وازرقاق، وكذلك من ضيق تنفس وآلام في الصدر وفقدان شعور مؤقت، ونادراً ما تحدث الوفاة من دون حدوث هذه الأعراض.

يتم العلاج، بشكل عام، بإجراء عملية جراحية لتخفيف التضيق أو إزالته، وذلك عندما يصبح الطفل ما بين الثالثة والعاشرة من عمره، لكن في الأغلب، تؤجل العملية حتى مرحلة البلوغ حيث يصبح الطفل أكثر تحملاً للعملية.

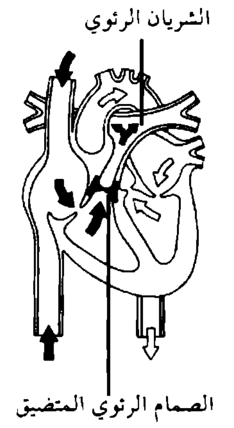
العيب الحاجزي البطيني


ثقبة في الجدار الفاصل بين البطينين

هو ثقب يبقى مفتوحاً في الحاجز العضلي الذي يفصل بين البطينين، ويكون عادة، في الجزء العلوي منه، بحيث يتدفق الدم بشكل غير طبيعي من البطين الأيسر إلى البطين الأيمن بكميات كبيرة أحياناً، لذلك يحدث زيادة في حجم الدم الذي يمر عبر أوعية الرئة.

وعادة لا يعاني معظم المصابين، سواءاً كانوا صغاراً أم كباراً من أية أعراض إلا أنه من الممكن إذا ساءت الحالة أن يصابوا، سريعاً، بالتعب أثناء بذل الجهد وأحياناً يحدث قصور قلبي شديد أو فرط توتر رئوي.

بشكل عام، لا يحتاج الثقب الصغير لأي علاج، أما في حال كان الثقب كبيراً فسيحتاج الطفل لإجراء عملية قلب مفتوح، مع العلم أنه يمكن تأجيل هذه العملية حتى يصبح الطفل بين سن الخامسة والعاشرة أو بعدها. أما إذا وجد الطبيب ضرورة لإجراء العملية بسرعة فيمكن إجراؤها في أي عمر.

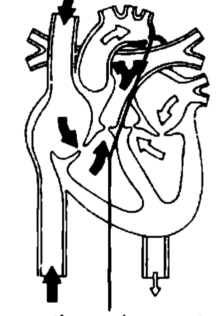


تضيق الصمام الرئوي الولادي

إن أي تضيق في الصمام الرئوي، وفي حالات أكثر ندرة في البطين الأيمن، يقلل من تدفق الدم إلى الرئتين.

عادة، لا توجد أية أعراض، لكن قد يحدث لبعض الأطفال ضيق نفس عند الزفير فيتعبون بسرعة، كما يمكن أن يصابوا بالازرقاق إذا انفتحت الثقبة البيضوية من جديد، وقد يحصل، في بعض الأحيان، قصور قلبي شديد.

فإذا كان التضيق خفيفاً فلا داعي لأي علاج، أما إذا كان متوسط الشدة أو شديداً فتجرى عملية جراحية لإصلاح التضيق.

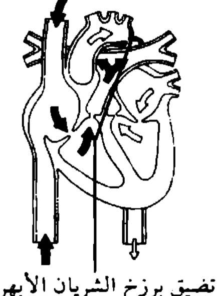


العيب الحاجزي الأذيني

هو فتحة في الجدار الفاصل بين الأذينين الأيسر والأيمن، يمر الدم عبرها من الأذين الأيسر إلى الأذين الأيمن، وقد تكون كمية هذا الدم كبيرة مما يزيد من كمية الدم الذاهب إلى الرئتين.

لا توجد أية أعراض عند معظم المصابين، صغاراً كانوا أو كباراً، إلا أنه يمكن أن يصابوا، سريعاً، بالتعب وتكون فترة الزفير عندهم قصيرة. إذا لم يكتشف هذا العيب ولم يعالج في مرحلة الطفولة فقد يؤدي إلى فرط توتر رئوي في مرحلة البلوغ أو المراهقة.

في حالات نادرة، قد تنغلق هذه الفتحة ذاتياً، أما إذا لم يحصل ذلك وكانت الفتحة صغيرة جداً ولا تسبب خطراً فيمكن تركها دون علاج، وفيما عدا ذلك فإن إجراء عملية جراحية لإصلاح هذا الشذوذ قد يصبح ضرورياً ويتم ذلك عندما يكون عمر الطفل ما بين الخامسة والعاشرة من عمره.



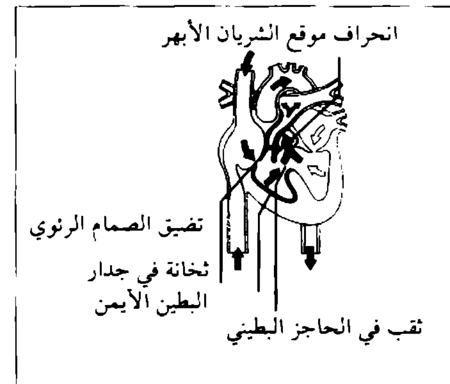
تضيق برزخ الأبهر

هو حالة يتضيق فيها الشريان الأبهر لمسافة محدودة مما يؤدي إلى نقص في تروية الجزء السفلي من الجسم. في بعض الحالات لا توجد أعراض، وفي حالات أخرى يعاني المصاب من صداع وتعب بعد الجهد، وضعف أو غياب النبض في الناحية الأربية (Groin) ، كما أنه في أحيان أخرى تحدث برودة في الأرجل في مرحلة الطفولة الأولى. تحدث هذه الأعراض بسبب وجود

ضغط دم عال فوق المنطقة المتضيقة وضغط دم منخفض تحتها. وعندما يكون تضيق الشريان شديداً يحدث قصور قلب شديد أيضاً.

المعالجة الجراحية ضرورية في جميع الأحوال، وحتى عندما لا توجد أعراض، حيث يزال الانسداد ويعاد وصل قسمي الشريان، ويُنصح بإجراء هذه الجراحة للطفل بين الرابعة والثامنة من عمره.

رباعية فالو



في رباعية فالو (Fallots tetralogy) يصاب قلب الطفل بأربعة شذوذات في نفس الوقت.

1 ـ ثقب في أعلى الحاجز البطيني.

2 ـ انزياح الشريان الأبهر إلى اليمين، فيدخل الدم إليه من البطينين.

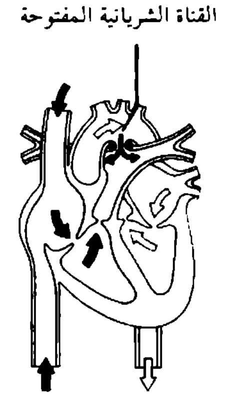
3 ـ تضيق في الصمام الرئوي.

4 ـ ثخانة جدار البطين الأيمن.

من أعراض هذه الحالة أن جلد الطفل يزرق، منذ الولادة، أو بعدها بقليل، وخاصة في الشفتين، وتعجر الأصابع والأباخس ويحدث نقص في النمو، ولاحقاً، عند القيام بأي جهد، يصاب الطفل بضيق تنفس، كما نجده يجلس القرفصاء ليريح نفسه.

تتم معالجة جميع هذه العيوب جراحياً قبل بلوغ الطفل سن الخامسة.

القناة الشريانية المفتوحة

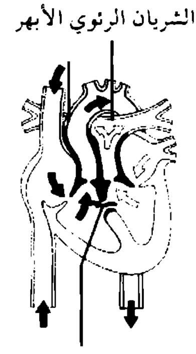


في هذه الحالة تفشل القناة الشريانية، وهي وعاء دموي إضافي يوجد في القلب قبل الولادة، في الانغلاق بعد الولادة، ولذلك يستمر تدفق الدم عبر هذه القناة من الأبهر إلى الشريان الرئوي، مما يعني مرور كميات دم زائدة إلى الأوعية الدموية الرئوية.

عادة لا يؤدي ذلك إلى أية أعراض، إنما قد يعاني الطفل أحياناً من ضيق في التنفس وإصابات متكررة بالأخماج في المجاري التنفسية و/ أو ازرقاق الجلد وخاصة في الشفتين.

يكون العلاج، في بعض الحالات، وعندما تظهر الأعراض في وقت مبكر، بإعطاء عقاقير خاصة يمكن أن تؤدي إلى انسداد تلك الفتحات، وفي حالات أخرى تُجرى عملية جراحية بسيطة لإغلاق القناة وذلك قبيل بلوغ الطفل سن الخامسة.

تبدل مكان الأوعية الكبيرة



في هذه الحالة يوجد مبادلة بين الشريان الأبهر والشرايين الرئوية بحيث يمر الدم المؤكسج في الرئتين إلى الشرايين الرئوية ويعود بالتالي إلى الرئتين من جديد، بدلاً من المرور إلى الشريان الأبهر وإلى أنسجة الجسم، ولذلك يعاني الطفل، منذ ولادته، من ازرقاق وتعجر الأصابع والأباخس ونقص في النمو.

يوجد عادة ثقب في الحاجز بين البطينين يسمح بدخول قليل من الدم المؤكسج إلى الجانب الأيمن وإلى الشريان الأبهر، وفي كل الحالات، تتخذ إجراءات طارئة لإحداث ثقب أكبر في الحاجز قبل بلوغ الوليد الثلاثة أشهر. ويتم هذا بإدخال، أو تثبيت، أنبوب رفيع في القلب، عبر الوريد، على أن تُجرى عملية ثانية قبل بلوغ الطفل الخامسة من العمر، يقوم فيها الجراح بإيجاد وعاءين دمويين إصطناعيين بحيث يمكن إرجاع الدورة الدموية لطبيعتها.

- 4 -
الاضطرابات الولادية في الجهاز الهضمي
(Congential disorders of the digestive system)

يتألف جهاز الهضم، كما درسناه (ص 542) من السبيل الهضمي، الذي يهضم الطعام ويمتص منه العناصر المغذية ويطرح الفضلات، ومن بعض الغدد، كالغدد اللعابية والبنكرياس التي تفرز أنزيمات هاضمة، والكبد الذي يفرز الصفراء التي تساعد أيضاً على هضم وامتصاص الطعام (راجع ص 614).

عندما يكون الإنسان جنيناً في رحم أمه، فإنه يستمد كل حاجياته منها عبر المشيمة والحبل السري، أما بعد الولادة، وعندما يبدأ الوليد بتناول الطعام، فإن المجرى الهضمي عنده يبدأ بأداء عمله، فإذا كان قد حدث أي تشوه في جهاز هضم الجنين أثناء مرحلة تشكله في رحم أمه فإن ذلك لن يؤثر عليه إلا بعد الولادة والبدء بإطعامه.

أكثر العيوب الولادية المشاهدة عند الأطفال تنحصر في نوعين:

التضيق (Stenosis) : حيث يحدث تضيق في أحد أجزاء جهاز الهضم قد يصل لدرجة الانسداد.

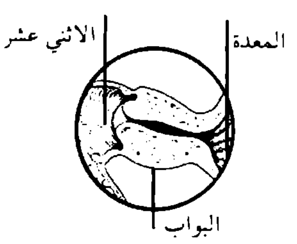
الرتق (Atresia) : وهو عبارة عن فجوة تشاهد في أحد أجزاء السبيل الهضمي، تؤدي لقسمته إلى قسمين متميزين مسدودين.

أما أسباب هذه التشوهات فهي مجهولة.

إن أي شذوذ كبير في الجهاز الهضمي عند الطفل سوف يؤثر على قدرته على هضم وامتصاص الطعام. **وفيما يلي ندرس بعض أهم تلك العيوب:**

تضيق البواب الولادي (Congenital pyloric stenosis)

البواب هو الجزء الأخير من المعدة، وهو الذي يصل المعدة بالاثني عشر. في حالة تضيق البواب الولادي، يتثخن الجدار العضلي لهذا الأنبوب (ولأسباب مجهولة) لدرجة تسبب تضيق الممر الداخلي له، مما يمنع مرور الطعام من المعدة إلى المعي الدقيق إلا بكميات قليلة أو معدومة، وبذلك لا يحصل الطفل على كفايته من الغذاء.



تكون جدران البواب لدى الرضيع، في حالة التضيق البوابي، متثخنةً مما يؤدي لإعاقة تدفق الحليب من المعدة إلى المعي.

الأعراض: بعد الولادة بأسبوعين إلى ثمانية أسابيع، يبدأ الطفل بالتقيؤ بكثرة بعد تناوله لطعامه، وذلك لأن المعدة تتقلص بشدة لإجبار الطعام على المرور عبر البواب المتضيق مما يؤدي لعودة هذا الطعام عبر المريء إلى الفم وحدوث الإقياء، وقد تنقذف المواد المقاءة، أحياناً، إلى مسافة ملحوظة (متر أحياناً).

هذا النوع من التقيُؤ يدعى التقيؤ الاندفاعي أو القذفي، ويكون عادة، حاوياً على الكثير من خثارة الحليب والمخاط وذا رائحة كريهة. في بداية الأمر، لا تتأثر صحة الطفل أو شهيته للطعام، ولكن نجده بعد فترة قد بدأ بفقدان بعض وزنه، كما يصبح قلقاً ومجهداً، وبعدها يأكل بتردد ويصبح بليداً كسولاً بسبب ما يحدثه التقيؤ المستمر من عدم توازن للعناصر الكيميائية في جسمه. من الملاحظ أن هذا الاضطراب يصيب الذكور أكثر من الإناث، ويصاب به الولد الأول أكثر من إخوته الأصغر منه ويلاحظ كذلك تكرار حدوثه في العائلة الواحدة.

المضاعفات: إذا تُرك الطفل بدون علاج فقد تؤدي الحالة لوفاته بسبب الجوع، أو لإصابته بالتجفاف، مما يسبب ضعفه وهزاله وتراجع صحته.

العلاج: يستدعي ظهور هذه الأعراض عند الرضع، والموصوفة سابقاً، المعالجة الطبية السريعة والمداومة على المراقبة، ومما يميز الإصابة بالتضيق البوابي حدوث تقلصات بطنية تنتقل من اليسار إلى اليمين. ولتأكيد التشخيص قد يحتاج الطبيب إلى إجراء فحوصات أخرى. ينصح الطبيب، في هذه الحالة، إطعام الطفل كميات قليلة وزيادة عدد الوجبات له، بحيث يبقى الطعام، على الدوام، في معدته، قليلاً.

في حال كان التضيق بسيطاً، قد يصف الطبيب للطفل المصاب عقاقير يتناولها قبل تناول الطعام، لإرخاء عضلات البواب المتشنجة، كما أنه سيضطر لإجراء جراحة بسيطة لإصلاح

هذا الخلل إذا لم تتحسن حالة الطفل، وعندما يكون التضيق شديداً جداً يجب إجراء عملية جراحية فوراً، يسمح بعدها بزيادة كمية الطعام التي يتناولها الطفل، بشكل تدريجي.

انسداد المريء الولادي (Esophageal atresia)

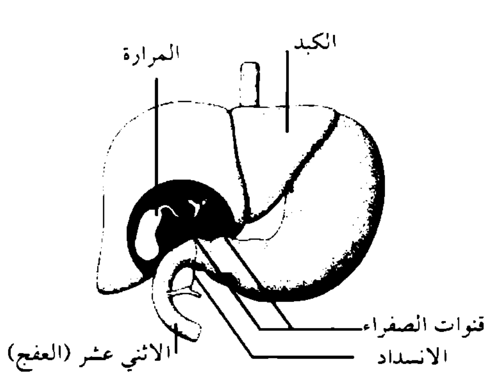
في هذه الحالة يكون جزء من المريء (الذي يصل البلعوم بالمعدة) مسدوداً أو مفقوداً، بحيث أن المواد المبتلعة لا تمر إلى المعدة، وبهذا الشكل تعود المفرزات اللعابية والمخاطية التي يبلعها الطفل، إلى الفم ويدخل قسم منها إلى مجرى التنفس ويسده جزئياً.

الأعراض: يؤدي انسداد مجرى التنفس بشكل جزئي، إلى صدور صوت من حنجرة الصغير أثناء عملية التنفس، وقد يصاب بإزرقاق بسبب نقص الأكسجين. فإذا أزال الطبيب المفرزات المتراكمة من مجرى تنفسه، بواسطة أنبوب امتصاص خاص، فإن جميع الأعراض تزول، ولكنها تعود بسرعة عندما تتراكم تلك المفرزات من جديد، فلا يستطيع الطفل أن يتناول الطعام، وإذا أطعم فإنه يسعل أو يبصق، لذا، يجب ألا يُطعم أبداً عن طريق الفم، علماً أن المشرفين في المستشفى، سيقدمون له الغذاء حسب تقنيات التغذية المتوفرة لديهم.

العلاج: إذا عاني الوليد من الأعراض المذكورة سابقاً، وبعد التأكد من وجود انسداد في المريء، فسيطلب الطبيب إجراء عملية جراحية فورية لتصحيح هذا الوضع، الذي يمكن أن يتم بعملية واحدة، أو على عدة مراحل. لفتح وجمع قسمي المريء المنفصلين وذلك حسب الحالة وحسبما يراه مناسباً.

انسداد قناة الصفراء (Bile duct atresia)

في الكبد، يتم صنع وفرز مادة الصفراء، التي تحوي، فيما تحويه، على المادة الكيميائية المسماة البيليروبين (Bilirubin) التي يفرزها الكبد من الدم، ومنه تسيل إلى المعي الدقيق عبر سلسلة أوعية صغيرة تتجمع حتى تشكل في نهاية الأمر قناة صفراوية رئيسية تصب في الاثني عشر. فإذا ولد الطفل مصاباً بعيوب خلقية (ولادية) في هذه القناة، كالانسداد مثلاً، فإن مادة الصفراء تتجمع في الكبد لتعود ثانية إلى الدم.



يمكن أن يعالج الانسداد الحاصل في قناة الصفراء الموجودة تحت المرارة بوصل المرارة مع العفج مباشرة، والاستغناء عن القناة الرئيسية للصفراء أما الانسداد الحاصل في أقنية الصفراء الصغيرة الموجودة في الكبد فإن علاجه أكثر صعوبة.

الأعراض: يصاب الطفل باليرقان الانسدادي بدءاً من الأسبوع الثاني من

ولادته، فيبدو جلده أصفر اللون، وقد يكون غائطه شاحباً وبوله داكناً مائلاً إلى السواد وهذه الحالة شبيهة بحالة يرقان ما بعد الولادة (ص 865).

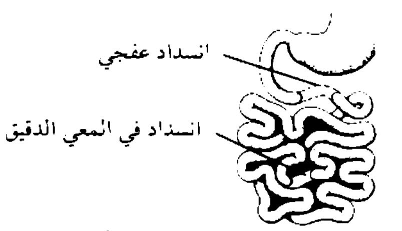
العلاج: إذا كان الطفل مصاباً بانسداد قناة الصفراء فلا بد من إجراء عملية جراحية (فتح بطن Laparotomy) لإصلاح هذا الخلل، مع العلم أنه يمكن تأجيل هذه العملية حتى يصبح عمر الطفل عدة شهور، إذا كان ذلك ممكناً.

انسداد المعي الدقيق وتضيقه (Intestinal atresia and stenosis)

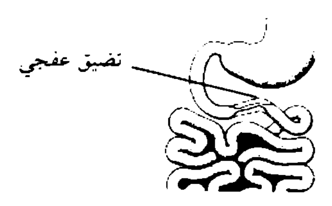
قد يولد الطفل وهو مصاب بانسداد في قسم أو أكثر من أقسام المعي الدقيق، أو قد يكون مصاباً بتضيق (غالباً في الجزء الأعلى من المعي الدقيق) لدرجة الانسداد أحياناً.

الأعراض: إذا أصيب الطفل بهذا الاضطراب فإنه يبدأ بالتقيؤ، في الساعات الأولى بعد الولادة، سائلاً أخضر اللون، هو الصفراء، وقد يستمر يقيؤه على فترات، وينتفخ بطنه بسبب تراكم الغازات في أمعائه، ولا يتغوط أبداً.

العلاج: يمكن علاج هذه الحالة بإجراء جراحة فورية لقطع الجزء المسدود وإزالته ثم إعادة وصل الأجزاء السليمة ببعضها. أما في حالة التضيق فيمكن توسيع القسم المنكمش، مع العلم أن تأخير إجراء العملية الجراحية قد يؤدي إلى موت الطفل.



انسداد المعي الدقيق: عندما يولد الطفل مصاباً بانسداد معوي، فإن أكثر من جزء واحد من أمعائه يمكن أن يكون مصاباً بهذه الآفة، مثلاً، العفج وجزء سفلي من المعي الدقيق.



تضيق المعي الدقيق: يمكن أن يكون الجزء العلوي من المعي الدقيق متضيقاً، عند العفج مثلاً، إلى درجة أن الجراحة الموسعة للمعي تكون ضرورية حالما يكون ذلك ممكناً.

ضخامة الكولون الولادي (Congenital megacolon)

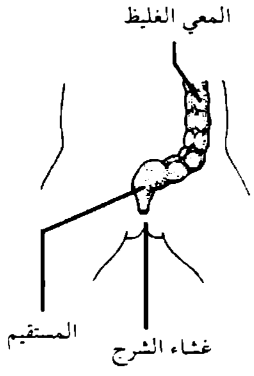
في الحالة الطبيعية، تؤدي تقلصات المعي الغليظ إلى دفع محتوياته باتجاه المستقيم، ولسبب ما، تكون الأجزاء السفلية منه، عند بعض الأطفال، خالية من الأعصاب، فلا تتقلص حسبما هو مفروض مما يؤدي لانتفاخه، وتضخمه، وحدوث إمساك شديد.

الأعراض: في هذا الاضطراب يتغوط الطفل مرات قليلة جداً، ويكون غائطه قاسياً، وبطنه منتفخاً ومشدوداً، وقد يتقيأ أحياناً. يتم تشخيص هذا الاضطراب بأخذ خزعة من المستقيم وفحصها نسيجياً.

العلاج: تُجرى عملية جراحية ويستأصل القسم المصاب من الأمعاء، وعادة تكون نسبة نجاح العملية جيدة جداً.

الشرج المسدود (Imperforate anus)

قد يولد الطفل بشرج مسدود، بسبب وجود غشاء داخل قناة الشرج أو بسبب عدم تشكل تلك القناة نهائياً.

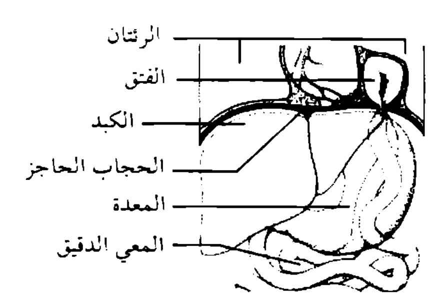


الأعراض: العرض الواضح لهذا الاضطراب هو عدم تغوط الطفل، الذي قد يبدأ بالتقيؤ بعد ساعات من ولادته.

العلاج: لا بد من إجراء عملية جراحية لإزالة الغشاء الذي يسد قناة الشرج، أو لفتح نهاية الشرج المسدودة وإيصالها بالمستقيم، وعادة يكون الشفاء مضموناً. أما إذا كانت عضلات الشرج ضعيفة فسيعاني الطفل من إمساك شديد، كما سيكون غائطه قاسياً، لذا قد يضطر الطبيب لإحداث شرج صناعي له (راجع فغر اللفائفي والقولون ص 611).

الفتق الحجابي (Diaphragmatic hernia)

الحجاب (أو الحجاب الحاجز) صفيحة عضلية تفصل بين الصدر والبطن، وتلعب دوراً هاماً ورئيسياً في عملية التنفس. ولسبب ما يولد بعض الأطفال وقد أصيبوا بفتحة في هذا الحجاب بحيث يمكن أن يبرز من خلالها جزء من المعي الدقيق إلى جوف الصدر، وقد تضغط على الرئتين فتحدث صعوبة في عملية التنفس.



تتم معالجة هذه الحالة، بعد تشخيصها بواسطة التصوير الشعاعي، بإجراء عملية جراحية فورية، حيث يفتح الصدر وتدفع الأجزاء الناتئة باتجاه البطن ومن ثم تغلق فتحة الفتق الموجودة في الحجاب.

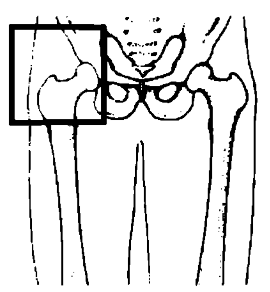
- 5 -
الاضطرابات الولادية في الهيكل العظمي
(Congenital disorders of the skeleton)

أهمها أربعة هي: خلع الورك وحَنَفُ القدم وشفة الأرنب والحنك المشقوق، وهي

اضطرابات إما أن تكون وراثية أو، وهو الغالب، غير وراثية بل تحدث بسبب اضطراب في النمو أثناء تشكل الجنين ونموه في رحم أمه، وقد يتمكن الطفل من التأقلم معها إذا كانت خفيفة، إلا أنها حتماً ستسبب له بعض المتاعب النفسية والجسمية إذا كانت شديدة، لذلك يجب معالجتها في السنوات الأولى إن كان ذلك ممكناً.

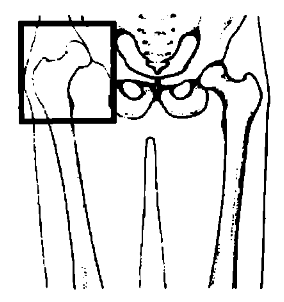
خلع الورك الولادي (Congenital dislocation of the hip)

يشبه شكل رأس عظم الفخذ في الأعلى شكل الكرة، وتتوضع هذه الكرة العظمية في تجويف خاص بها في عظم الحوض، ليشكل العظمان معاً المفصل الوركي. ولسبب مجهول، عند بعض الأطفال، لا يكتمل تشكل تجويف المفصل بالشكل الصحيح ويبقى مسطحاً وغير مكتمل الأبعاد، مما يؤدي إلى توضع رأس عظم الفخذ خارج تجويفه محدثاً هذا الاضطراب، وهي حالة يمكن أن تحدث في طرف واحد لدى الطفل أو في الطرفين معاً، وهي تصيب الإناث أكثر من الذكور وتتكرر في نفس العائلة.



مفصل الورك الطبيعي: في مفصل الورك الطبيعي يتوافق رأس عظم الفخذ بدقة مع التجويف الواقع في عظم الحرقفة.

الأعراض: يكتشف الطبيب وجود هذا الاضطراب لدى الوليد عندما يفحص مفصلي وركيه (بعد الولادة مباشرة)، لأن الورك المخلوع (عند تحريكه عادة) يصدر طرطقة (أو طقطقة) واضحة يمكن سماعها أو الشعور بها.



مفصل الورك المخلوع: في هذه الحالة يقع رأس عظم الفخذ خارج التجويف المخصص له في عظم الحرقفة.

العلاج: توضع عادة جبائر على فخذي الطفل المصاب ويثبتا بشكل يبقيهما مفتوحين لمدة تتراوح بين (6 ـ 9) أشهر أما إذا لم تكتشف الحالة حتى مرحلة الطفولة الأولى، فعندها يجب إجراء عملية جراحية وإصلاح الخلل مرة واحدة، أو على عدة مراحل.

إن اكتشف وجود الاضطراب وتمت معالجته باكراً، فغالباً يتم الشفاء ولا يعاني الطفل من أية مضاعفات مستقبلية. أما الطفل الذي يتأخر علاجه، حتى مرحلة الطفولة الأولى، فإن إصلاح الخلل عنده بعملية جراحية قد يترك مشاكل دائمة في إمكانية وكيفية المشي.

حَنَفُ القدم (Club foot)

يعني هذا التعبير أن الطفل يولد بقدم مشوهة، وغالباً ما يكون هذا التشويه عبارة عن ميل القدم باتجاه الداخل أو الأسفل، وهو قد يُصيب قدماً واحدة أو القدمين معاً.

العلاج: في حالات الإصابة الخفيفة ربما تفيد المعالجات اليدوية للقدم، التي يجب أن تجرى كل يوم وحسب توجيهات المختصين. وفي الحالات الأشد، يمكن اللجوء للجبائر أو القوالب اللاصقة لإجبار القدم على العودة إلى وضعها الطبيعي، على أن تنزع هذه القوالب وتطبق بين الحين والآخر حسب إرشادات الطبيب مع الاستمرار بالمعالجة اليدوية يومياً، كما يمكن أن يستمر هذا العلاج لمدة أكثر من سنة ولحين عودة القدم إلى وضعها الطبيعي. أما في الحالات الشديدة فيجب إجراء عملية جراحية لتصحيح التشوه.

شفة الأرنب والحنك المشقوق (Hare lip and cleft palate)

شفة الأرنب تسمية تطلق على تشوه ولادي يصيب الشفة العليا تحديداً، حيث يولد الطفل وفي شفته العليا شق يشطرها إلى قسمين غير متساويين ويمتد من تحت فتحة الأنف باتجاه الأعلى، نحو قاعدة الأنف، لمسافة ما قد تكون قصيرة أو طويلة فيبدو الأنف أفطساً. في بعض الأحيان يكون هناك شقان بدلاً من شق واحد؛ شق تحت كل فتحة أنف. وفي بعض الحالات، يمتد هذا الشق إلى داخل الأنف ماراً في الخط المتوسط للفك العلوي وشاطراً إياه إلى شطرين، ثم يستمر باتجاه الحلق واصلاً جوف الفم بجوف الأنف، مما يشكل صعوبة في تناول الطعام وبلعه، ويحدث عند الوليد مشكلة إضافية وهي أن الحليب أو المواد التي يرجعها الطفل إلى فمه، أو يتقيؤها، تدخل إلى أنفه بدلاً من فمه.

ليس هذا الاضطراب خطيراً، ولكنه إذا لم يعالج فإنه يؤدي إلى إحباطات نفسية بسبب ما يحدثه من مظهر غير مستحب، وبسبب ما يحدثه الحنك المشقوق من مشاكل في الكلام. يلاحظ أن هذا الاضطراب يتكرر في الأولاد لنفس الأبوين دون معرفة السبب.

في الحالات الشديدة جداً من الحنك المشقوق، يجب وضع حنك صناعي خاص للطفل يناسب شكل سقف فمه، وذلك قبل إطعامه، ونزعه بعد ذلك، وفي مرحلة لاحقة تجري جراحة لإصلاح الخلل أو لتجميل المنظر، ويتعلق زمن وحجم الجراحة بحجم المشكلة. فالجراحة التجميلية لشفة الأرنب البسيطة يمكن أن تجرى للطفل عندما يصبح عمره ثلاثة أشهر، كما قد يحتاج لجراحة تجميلية إضافية لأنفه، ولجراحة أخرى لإصلاح الحنك المشقوق، وهذه الأخيرة يمكن أن تجرى بعدما يصبح عمر الطفل خمس سنوات.

ـ 6 ـ
الجلد (Skin)

سنناقش هنا الأكزيما الطفولية والسُعْفَة، وهما المرضان الأكثر شيوعاً عند الأطفال، ولمزيد من الاطلاع عن الجلد راجع (ص 258).

أكزيما الطفولة (Infantile eczema)

هي حالة من الأرجية (راجع ص 942) لا تنتقل بالعدوى، وتسبب احمراراً وتوسفاً وربما نزاً (Weep) في الجلد المصاب.

الأعراض: في الحالات الخفيفة، يصاب الجلد بالتجفاف والاحمرار والتوسف كما يظهر الطفح على مناطق محدودة منه، وفي الحالات الأشد يكون الطفح أكثر وضوحاً ويغطي مساحات أكبر، وفي الحالات البالغة الشدة يظهر الطفح فوق كامل الجسم. وعندما يبدأ الطفل بحك البثرات (Pimples) ، القليلة، فإنها تبدأ بالنز ثم تتجمع معاً لتشكل منطقة كبيرة نازة، ثم تصبح قابلة للتقشر.

المضاعفات: في حال أصبحت الأكزيما نازة، فإنها تصبح قابلة للخمج، وعادة، تكون إصابة الطفل بالأخماج الجلدية (كمرض الحماق مثلاً ص 931) شديدة الوقع عليه. ينصح بعدم إعطاء اللقاحات للأطفال المصابين بالأكزيما، واستشارة الطبيب فوراً إذاأصيب هذا الطفل بالحماق أو بالحصبة.

العلاج: يمكن علاج الحالات الخفيفة موضعياً باستعمال مواد يدخل في تركيبها مواد ملطفة للحكة مثل الفازلين أو زيت الزيتون، مع عدم إلباس الطفل ثياباً ثقيلة وعلى الأخص تلك التي ترفع من حرارة جسمه (الألبسة الصوفية أو التي يدخل النايلون في تركيبها، مثلاً) مع ملاحظة أن تكون ملابسه، خاصة منها الملامسة لجسمه، مصنوعة من القطن ومغسولة ومشطوفة جيداً (كي لا تثير مواد التنظيف أرجية الطفل).

إذا كانت منطقة الإصابة حاكة، يصف الطبيب مضادات الأرجية، وفي الحالات الأشد يمكن أن يصف مراهم ستيروئيدية (Steroid) .

تختفي الأكزيما الطفولية، بشكل عام، بعد ظهورها بعدة أشهر عند بعض الأطفال، إنما قد تدوم عدة سنوات عند بعضهم الآخر، وغالباً ما تزول كل آثارها عند مرحلة البلوغ.

السُعْفَة (Ringworm)

السعفة مرض تسببه فطور متعددة الأنواع تصيب الجلد وتحدث بقعاً دائرية وسفية حاكة، وتصيب، عادة، فروة الرأس، والجذع والأقدام.

عندما تصيب السُعْفَة فروة الرأس يتساقط الشعر وتظهر بقع الصلع ويتقشر الجلد ويصبح حاكاً. تبدأ الإصابة، التي تحدث في الجذع، ببقعة حمراء دائرية صغيرة تكون وسفية وحاكة، ثم تكبر تدريجياً ليصل قطرها إلى (2 ـ 3) سنتيمتراً. وعندما تأخذ بالكبر، تشفى المنطقة المركزية وتترك حلقات حمراء على الجلد، وبعد أسبوع أو اثنين يمكن أن تظهر بقع أخرى قريبة من الأولى. وفي بعض الحالات يمكن أن تكون الإصابة غير مرئية بالعين. تعتبر السُعْفَة من الأمراض المعدية، التي يمكن أن تنتقل عن طريق كلب أليف أو قطة مصابين بنفس الحالة المرضية، وعلى كل حال فهي غير خطرة ولا تهدد الحياة.

عند مراجعة الطبيب فإنه يصف مرهماً مضاداً للفطور، يدهن مرتين يومياً على المنطقة المصابة. أما إذا أصاب المرض فروة الرأس، أو إذا ظهرت الفطور على الجذع وكانت الإصابة شديدة فيمكن أن يصف الطبيب شراباً يحتوي على مضاد فطري.

على التلميذ المصاب بالسُعْفَة عدم الذهاب إلى المدرسة حتى يشفى تماماً، كما يجب عدم استعمال المشط وفرشاة الشعر أو القبعات التي كان يستعملها المصاب، والتخلص منها.

ـ 7 ـ
اضطرابات الجهاز العصبي والاضطرابات النفسية
(Nervous system and psychological disorders)

سندرس هنا أربعة اضطرابات في الجهاز العصبي (راجع ص 285)، وثلاثة اضطرابات نفسية.

متلازمة راي (Reye's syndrome)

هي مرض خطير مجهول السبب، قد تقضي على حياة الطفل. تبدأ معظم الحالات وكأنها إصابة في جهاز التنفس (كالأنفلونزا مثلاً ص 733)، أو بمرض الحُماق، وبعد يومين أو ثلاثة يبدأ المصاب بالتقيؤ ويصاب بالوهن الجسمي ويفقد الوعي، وقد يعاني أحياناً من بعض الاختلاجات.

يحدث هذا التشويش الخطير في كيميائية الجسم بسبب تورم الكبد وتراكم الدهون فيه وتورم الدماغ وتأذي الكلية.

الأعراض: يشتبه بإصابة الطفل بهذا الاضطراب حينما تظهر عليه أعراض الحالة، كالتقيؤ والنعاس، ويكون مصاباً بالحُماق أو بخمج ڤيروسي (كالزكام أو السعال).

المضاعفات: بدأ الحديث عن هذا المرض عام 1980م، عندما كان نصف الأطفال المصابين به يموتون، لكن الآن، إن اكتشفت الحالة في وقت مبكر، وعولجت بشكل سريع وصحيح، فإن معظم الحالات أصبحت قابلة للشفاء.

العلاج: لا يعطى الأسبرين للأطفال المرضى، والطفل المصاب بمتلازمة راي يعطى الكثير من السوائل، وعند نقله إلى المستشفى يُعطى السوائل عن طريق الوريد، كما يعطى مخفضات لوذمة الدماغ، وقد يرى الطبيب ضرورة إجراء عملية جراحية لتخفيف الوذمة داخل الجمجمة.

الاختلاجات عند الأطفال (Convulsions in children)

تحدث نوبة الاختلاجات، أو نوبة الصرع، عند الأطفال، بسبب وجود نشاط زائد في خلايا دماغهم في مرحلة النمو. وغالباً ما يكون سبب هذه الإصابة مجهولاً، إنما يمكن ربطه أحياناً بوجود خمج ثانوي عند الطفل.

الأعراض:

الصرع الكبير Grand mal convulsion : هو أكثر أنواع الصرع شيوعاً وبسببه يسقط الطفل، فجأة، إلى الأرض فاقداً وعيه، وتكون ذراعاه ورجلاه متخشبتين، وبعد نصف دقيقة من ذلك تهتز أطرافه، وأحياناً عضلات وجهه، وتنتفض بشكل بسيط وأحياناً بعنف، وقد يبول الطفل أثناء ذلك على نفسه ونادراً ما يتغوط، وتستمر نوبة اختلاج الصرع هذه، بشكل عام، لمدة دقيقتين أو ثلاث ليعود الطفل بعدها لوعيه ببطء، ثم يبدو عليه الهياج، ويعاني من صداع شديد ثم يغط سريعاً في سبات عميق لساعات عديدة، يستيقظ بعدها وقد عاد لحالته ووضعه الطبيعيين.

لا تسبب نوبات الصرع الخفيفة أي ضرر للطفل، لكن النوبات الطويلة منها قد تؤدي إلى بعض التلف في دماغه.

الصرع الصغير (Petit mal convulsion) : يصيب هذا النوع من نوبات التشنج الطفل عدة مرات في يوم واحد، وعلى فترات متقطعة. إذ يتوقف فيه الطفل فجأة عن الحركة (يتجمد في مكانه) ويحدق في الفراغ (في لا شيء) لعدة ثواني، وأحياناً قد يتداعى ويسقط على الأرض، ثم يتابع حركته غير مدرك ولا عالم لما حدث له.

بشكل عام، تمر الإصابة بالصرع الصغير بسلام دون أن تحدث أية مضاعفات عند الطفل المصاب، إنما قد يحتاج قليل منهم للعلاج واستعمال الأدوية.

الاختلاج أو الصرع النفسي الحركي (Psychomotor convulsion) : في هذا الاضطراب نجد الطفل، ومن دون سبب، يبدأ بنشاط حركي عنيف أو مضحك أو يبدأ بالبكاء ويستمر على هذا الوضع لعدة دقائق، وبعد انتهاء الأمر نجده لا يعرف ما الذي كان يفعله. يمكن أن يستمر هذا الاضطراب حتى مرحلة البلوغ، ولذلك يفضل مراجعة الطبيب في مثل هذه الحالة.

التشنجات الطفولية Infantile spasms : تحدث هذه التشنجات بشكل اهتزاز مفاجئ، إذ يهز الطفل وسطه هزة أو هزتين، ولمدة ثانية واحدة، ويتكرر هذا الأمر عدة مرات كل يوم. يبدأ

هذا المرض بالظهور عندما يكون عمر الطفل ثلاثة أشهر وفي حالات قليلة تستمر أعراض الحالة لعدة سنوات.

المضاعفات: تكون هذه الاختلاجات أكثر شيوعاً عند الأطفال المعاقين عقلياً أو الذين عندهم شلل دماغي، وهي في معظم الأحوال تكون غير ضارة بصحة الطفل.

العلاج: عند حدوث الاختلاج، لأول مرة، يجب مراجعة الطبيب فوراً خاصة إن تعدت مدة هذا الاختلاج الخمس دقائق.

أثناء نوبة الاختلاج، يوضع المصاب على جنبه وتبعد الأشياء من حوله خشية سقوطها عليه، ويجب عدم تقييد حركاته أو تثبيته، والامتناع عن وضع أي شيء بين أسنانه لمنعه من عض لسانه، لأن ذلك نادراً ما يحدث، مع التركيز على مراقبة حركاته لوصفها للطبيب.

إذا كان الاختلاج مترافقاً مع الحمىٰ فيجب، عند ذلك، إجراء استقصاءات عامة وشاملة لمعرفة سبب الحمى، وعلاجها.

العلاج الذاتي: ينصح بإعلام الطبيب فوراً إن تعدت درجة حرارة الطفل المختلج الـ (38) درجة مئوية، مع العمل على تخفيض هذه الحرارة بالسرعة الممكنة.

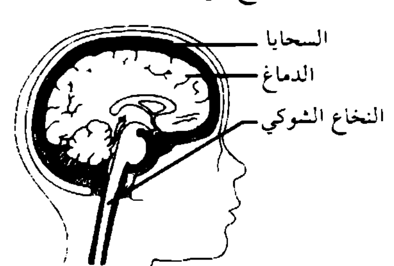
العلاج الاختصاصي: إذا كان سبب حدوث هذه الاختلاجات تورم الدماغ أو التهاب السحايا، فيجب معالجة ذلك السبب باهتمام، أما عندما يكون السبب وجود شلل أو تلف دماغي، فيوصف للطفل عقاقير يتناولها بشكل مستمر، لضبط نوبات الاختلاج، مع الإشارة إلى ضرورة إعطاء الطفل جرعته الدوائية بشكل منتظم وبوقتها المحدد، وننصح بإخبار من هم حول الطفل (في المدرسة مثلاً) عن حالته المرضية وعن احتمال إصابته بنوبة في أي وقت من الأوقات.

إذا مضت سنتان دون أن يصاب الطفل بأية نوبة، فربما يطلب طبيبه وقف استعمال الأدوية، ولكن بشكل تدريجي.

التهاب السحايا عند الرضع والأطفال (Meningitis in babies and children)

هو خمج يصيب سحايا الدماغ الثلاثة، وقد يحدث كاختلاط لمرض آخر (كالنكاف مثلاً ص 932)، أو نتيجة أذية أصابت الرأس، أو كمرض منفرد دون ترافقه مع أي اضطراب آخر.

ترتفع حرارة الصغير المصاب لدرجة كبيرة، وإذا كان يحسن الكلام والتعبير فسيشكو من صداع شديد ويظهر عليه الوهن والقلق، كما ينطوي على نفسه وينزعج كثيراً من النور الساطع فيحاول إغماض عينيه منه، وقد يتقيأ أو يصاب باختلاجات، وعند الأطفال الرضع يصبح اليافوخ (الذي يكون طرياً في هذه المرحلة) قاسياً ومتماسكاً.



تغلف السحايا الدماغ والنخاع الشوكي

المضاعفات: الخطر المحدق بالرضع والأطفال الصغار نتيجة إصابتهم بهذا الالتهاب هو أشد وأعظم عليهم ممن هم أكبر منهم سناً، لأنهم لا يستطيعون التعبير عن شعورهم وحالتهم. وإذا أصيبت السحايا بالتجرثم فقد يؤدي ذلك لمضاعفات وخيمة جداً، وكلما كان الطفل أصغر سناً كلما كان هناك احتمال أكبر لإصابته بتلف دماغي.

العلاج: إذا شك الطبيب، لدى مراجعته، أن الطفل مصاب بالتهاب السحايا فقد يُجري له بزلاً قطنياً لإثبات التشخيص.

استعمال المضادات الحيوية سيفيد كثيراً في شفاء الطفل إن كان الخمج جرثومياً، وخاصة إذا تم كشف الحالة مبكراً، أما إذا كان الخمج ڤيروسياً فإن الطفل، وبشكل عام، يشفى من تلقاء نفسه.

الشلل الدماغي (Cerebral palsy)

هو حالة من الشلل الجزئي أو الكلي لعضلات الجسم وخاصة منها عضلات الأطراف، تنتج عن وجود عيب في الدماغ، وبذلك تختلف درجة إعاقة الطفل بين حالة وأخرى حسب شدة الشلل، فنجد أن أطرافه المصابة قد تخشبت وضعفت حركتها وضمرت عضلاتها وأصبح من الصعب السيطرة عليها، كما تكون الحركات البسيطة، كتناول كأس ماء مثلاً، اهتزازية وقد يتطلب الأمر بذل عدة محاولات لفعل ذلك.

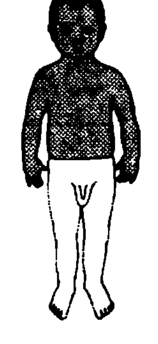
هذا النوع من الشلل الدماغي، يسمى الشلل التشنجي (Spasticity)، والأطفال المصابون به يكون بعضهم مصاباً بدرجات متفاوتة من التخلف العقلي، وبعضهم يكون طبيعياً، كما قد يكون بعضهم مصاباً بمشاكل في السمع أو بعيوب في الرؤيا بما فيها حالة الحَوَل.

لا يزال سبب هذا الاضطراب مجهولاً، وهو ليس مرضاً وراثياً، ويمكن أن يحدث بسبب وجود تلف أو شذوذ في دماغ الطفل كان قد حدث قبل الولادة أو في أثنائها أو بعدها بوقت قصير، أو قد يحدث لاحقاً بسبب أذية تصيب الرأس والدماغ، أو بسبب التهاب السحايا أو الاختلاجات الشديدة.

أنماط الشلل

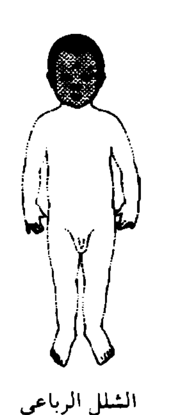
نادراً ما يصيب الشلل الدماغي كامل الجسم، وتتباين درجة العاهات الجسمية والذهنية تبايناً واسعاً. وهنالك ثلاثة نماذج رئيسة للضعف العضلي والرخاوة العضلية أمكن معرفتها منذ سنين عديدة:

الشلل الرباعي (يصيب الأطراف الأربعة)، والشلل الشقي (يصيب الذراع والساق والجذع في جانب واحد من الجسم فقط)، والشلل النصفي (إصابة كلا الساقين). وفي جميع أنماط الشلل الدماغي لا تصاب عضلات الصدر عادةً.



الشلل النصفي

الشلل الشقي



الشلل الرباعي

الأعراض: غالباً لا يكتشف الشلل الدماغي عند الطفل حتى يبلغ السنة الأولى من عمره. لكن وجود عضلات واهنة عنده، يمكن أن يكون مؤشراً مبكراً على وجود هذا الاضطراب. والعرض الرئيسي لهذا المرض هو تيبس وتخشب الأطراف ـ وهذا أيضاً لا يظهر على الطفل إلّا بعد بلوغه الشهر السادس من عمره على الأقل ـ وفي مرحلة لاحقة، تفقد الأطراف توازنها وتتخذ أشكالاً شاذة. فقد تتصالب الأرجل، وتنحني الأقدام باتجاه الأسفل، وتنفتل اليدان، فيصبح الطفل ذا حركة قليلة وغير متوازنة، وقد يجد صعوبة في الرضاعة والبلع، ويتأخر عنده النطق والسير إضافة لاحتمال وجود مشاكل في السمع مما يخلق صعوبات إضافية، خاصة في التعلم، وهذا يؤدي أحياناً لشعور هؤلاء الأطفال بالإحباط رغم تمتعهم بذكاء ذي مستوى جيد أحياناً، وقد يعانون من مشاكل عاطفية، كما قد يصاب بعضهم بالاختلاجات.

المضاعفات: إن هذا الاضطراب هو الأكثر مشاهدة عند الأطفال المعاقين وخاصة الخُدَّج منهم أو الذين تكون أوزانهم أقل من (2,5) كغ عند الولادة.

قد تؤدي إصابة الطفل بهذا الاضطراب إلى عجزه عن المشي، وبسبب النقص الكبير في إمكانيات الطفل الحركية والاتصال مع الآخرين فإنه لا بد من بذل مجهود عظيم تجاه هذا الصغير المعاق حتى يتمكن من الحصول على الحد الأدنى من التعلم، ومن تطوير قدراته الذهنية ونموه العقلي والجسمي.

العلاج: تجب مراجعة طبيب الطفل باستمرار وملاحقة أموره باهتمام، علماً أنه لا يمكن علاج مثل هذا الطفل وشفاؤه، بل كل مايمكن عمله هو تنمية قدراته وتخفيف درجة إعاقته، والاهتمام بعلاجه الجسمي والعقلي والعاطفي قدر الإمكان.

قد يستطيع بعض هؤلاء الأطفال تعلم المشي بمساعدة الوسائل المتاحة كالأحزمة والعكازات، وبمساعدة الآخرين، كما قد يتعلمون النطق والتلفظ بكلمات محدودة تتيح لهم إمكانية طلب حاجتهم من ذويهم حين الحاجة (كطلب الطعام أو الذهاب إلى الحمام)، وكذلك يمكن تحسين مشاكل السمع باستعمال السماعات الطبية، ومشاكل الرؤية باستعمال النظارات، كما يمكن تصحيح الحول بعملية جراحية، إضافة لإمكانية إجراء بعض العمليات الجراحية لتحسين حالة العضلات المتخشبة، وغير ذلك.

وبشكل عام، فإن التوقعات المستقبلية للمصابين بالشلل الدماغي تعتمد على درجة الإعاقة عندهم، وعلى مدى اهتمام واعتناء الأهل والمجتمع بهم، فكثيرون منهم يستطيعون الذهاب إلى المدارس ويستطيعون التعلم، وبعضهم لا يستطيع، وبعضهم تكون إعاقته كبيرة.

مشاكل النوم عند الأطفال (Sleeping problems in children)

لا يستيقظ الطفل الصغير، عادة في أشهره الأولى، غير مرة واحدة أو مرتين ليلاً، إلا أنه

في عمر الستة أشهر فإنه ينام الليل بطوله، وعندما يبلغ سنته الأولى، يصبح معدل نومه (16) ساعة في اليوم، منها ثلاث أو أربع ساعات أثناء النهار، إنما في عمر السنة ونصف السنة فإنه ينام طوال الليل ليستيقظ باكراً، في أغلب الأحيان، ويكون نشيطاً أثناء نهاره، وهكذا . . . لحين بلوغه السنة الخامسة حيث ينام، غالباً، الليل كله، ولا يحتاج إلا لغفوة قصيرة أثناء النهار تزيد من نشاطه وحيويته.

يرى بعض الباحثين أن لا ضرورة للرد السريع على بكاء الطفل أثناء الليل، خاصة إن كان ذلك بعد إطعامه، فالتلبية المفرطة لأية حركة تصدر عن الطفل تجعل منه قلقاً ودائم البكاء كلما ابتعد عنه أبواه، لذلك نجده يعود للنوم بعد دقائق قليلة إن لم يلبِّ الأبوان نداء بكائه، علماً أنه تجب معالجة أية مشكلة لديه، وبهدوء، إن استمر بالبكاء وكان غير مرتاح، مع مراعاة ألا يكون الأمر بالنوم عقاباً له لأن تكرار تلك الأوامر يشعره بالخوف من السرير مما يجعله بحالة متوترة كلما اضطجع لينام.

إذا كان الطفل يصاب بالسهاد أو يستيقظ لعدة مرات خلال الليل، فليس من الحكمة معالجة هذه المشكلة بالأدوية، بل يجب عدم إعطائه منوماً على الإطلاق، وربما ينصح الطبيب بإعطائه مسكناً خفيفاً للألم، مع العلم أن الصغير في هذه الحالة، ربما كان يعاني من اضطراب عاطفي.

في كثير من الحالات يعاني الأطفال من الكوابيس بعد سن الثالثة، خاصة إذا تعرض أحدهم لحادثة مزعجة أو سمع قصصاً مرعبة، عن الجن أو غيرهم، أو كان قد شاهد أفلاماً مخيفة أو جابه مشاكل في المدرسة أو مع الأصدقاء، أو رأى شجاراً عنيفاً بين أبويه (مثلاً).

قد يسير بعض الأطفال أثناء نومهم وعندما يستيقظون لا يعرفون أنهم ساروا وهم نائمون، أو ماذا فعلوا أثناء سيرهم. هذه المشكلة تكون عادة ناتجة عن معاناة الطفل من اضطراب عاطفي شديد، أو ربما وجود مرض جسمي، كالحمى مثلاً.

قد يعاني بعض الأطفال من مخاوف ليلية، حيث نجدهم يصرخون ويبكون وهم نيام دون أن يتمكن الأهل من معرفة سبب ذلك أو ماذا أصاب طفلهم.

لعلاج مثل هذه الحالات، لا بد من جعل الطفل بحالة نفسية مريحة تماماً، وتهدئة عواطفه، وشعوره بالاطمئنان تجاه أبويه وتجاه مشاكله الصغيرة الخاصة به، وكذلك يجب الإسراع بالوصول إليه إذا بكى أو صرخ أو أظهر أي ضيق، ومحاولة تهدئته وعدم تأنيبه أو الصراخ في وجهه، كما يجب مساعدته على السيطرة على خوفه، وإذا أبدى انزعاجاً وخوفاً وبقي نائماً فمن الحكمة مساعدته على العودة إلى النوم المريح دون إيقاظه. أما إن كان يسير وهو نائم، فمن الحكمة عدم إيقاظه أيضاً بل إرشاده إلى سريره والعودة به إليه بكل هدوء ولطف وحنان، مع الإشارة إلى أنه من الأفضل وضع حواجز في طريق الطفل الذي يسير ليلاً لمنعه من الابتعاد كثيراً عن سريره.

إذا كان الطفل في سن تمكن فيه مناقشته وكان يعاني من مشاكل في النوم، فمن الحكمة بحث الأمر معه ومحاولة كشف أسباب تلك المشاكل وحلها سواءً تمَّ ذلك بواسطة الأهل أو بواسطة أخصائي في مشاكل الأطفال النفسية.

الانطواء على الذات (Autism)

هي حالة مجهولة السبب يعجز فيها الوليد، خلال الثلاثين شهراً الأولى من حياته، من تكوين علاقة جيدة مع والديه، وهي شبيهة بحالة الفصام عند البالغين (ص 333).

الأعراض: تتبدل أعراض الحالة عند الصغار، لكنها، بشكل عام، تشبه الأعراض عند الكبار، فيجابه الصغير صعوبات في تناول الطعام وفي التدريب على الاستحمام، ونجده لا يبتسم إلا قليلاً أو نادراً ويعيش في عالمه الخاص الذي يشكله لنفسه. فتعابير وجهه وكلامه ووسائل اتصاله مع الآخرين تصبح غير مفهومة، حيث يكون الطفل، من هذا النوع، غير قادر على الممايزة بين الأشخاص وإنما يتعامل مع الجميع بنفس الطريقة، كما يكون رد فعله لامنطقياً وشاذاً تجاه الأمور الطارئة، ويهتاج لأتفه الأسباب، وربما نجده يقوم بحركات مليئة بالمخاطر دون أن يشعر بالخوف. بشكل عام، يكون هذا الطفل منفصلاً عن محيط العائلة، كما تكون تصرفاته غير متوقعة، وقد يفعل شيئاً خطراً أو مفاجئاً ثم يجلس ساكناً تماماً، ويبدو سلوكه بشكل عام غريباً.

يشيع هذا الاضطراب بين الذكور أكثر من الإناث ولا يبدو أن له علاقة بالوراثة.

المضاعفات: يمكن أن يعرض الطفل المصاب بالانطواء على الذات نفسه للأخطار بسبب عدم قدرته على المحاكمة الصحيحة تجاه المخاطر المحيطة به.

العلاج: أفضل علاج لمثل هذا الطفل، وطالما أنه لا يسبب أذىً كبيراً لنفسه أو لغيره، هو تحمله والتعامل معه باهتمام ورعاية وعناية. فبعض الأطفال يشفون بمرور الوقت، خلال عدة سنوات، وبعضهم يبقى بحاجة لمزيد من الرعاية والاهتمام طوال حياته.

مشاكل التعلُّم

يبدأ الطفل بالتعلم منذ ولادته، إنما قد لا ينتبه الأبوان، عادة، لوجود مشاكل تواجه تعلم ابنهما إلا بعد ذهابه للمدرسة حيث يعجز عن أداء واجباته المدرسية كما يفعل أقرانه، وبمرور الوقت يصبح مقصراً في دروسه.

مثل هذا الطفل، إما أن يكون نموه بطيئاً أو يكون متخلفاً عقلياً لدرجة ما، أو يشكو من صعوبة في السمع والتكلم، أو يعاني من مشاكل بالرؤية تمنعه من القراءة ورؤية الكلمات على السبورة، أو على صفحة الكتاب، مما يعيق تعلمه بشكل طبيعي، حيث إن طفلاً يعاني من تخلف عقلي أو في السمع أو نقص في الرؤيا لن يتمكن من التعلم بشكل صحيح، ولعلاج مشكلة هذا الطفل يجب التعرف على إعاقته، وعلاجها، كلٌّ حسب حالته التي يشكو منها.

إساءة معاملة الأطفال

لأسباب مختلفة، قد يتعرض الطفل للأذى من قِبَل أبويه. فمثلاً، عندما يشتد صراخ الطفل أو بكاؤه ويكون أحد الأبوين تعباً وبحاجة للراحة أو النوم، فقد يقوم (الوالد) بهز الطفل بعنف، أو ضربه، وأحياناً رميه مما يسبب للطفل الصغير ضرراً في بنية عينيه أو دماغه، كما قد يصاب بكسور أو خلوع في أطرافه وتشوهات في وجهه، إن تعرض لأذى أشد من ذلك. وقد يلجأ الكبار إلى إرهاب الأطفال أو إخافتهم أو حبسهم في غرفة مظلمة مما يؤذي شخصية الطفل كثيراً، ويصبح الصغير نحيلاً بائساً منطوياً. كما قد يتعرض الصغير للأذى من الأطفال الذين هم أكبر منه سناً ولأسباب مختلفة. وقد يتعرض لأذى كبير من أحد والديه، أو كلاهما، إذا كان هذا الأخير متخلفاً عقلياً، أو ربما اجتماعياً، أو فقيراً جداً، أو مدمناً على المخدرات، أو سكيراً، أو غير ذلك. وقد يتعرض الطفل كذلك لإساءة شديدة ربما تكون خطرة (من أب أحمق أو أم جاهلة) إذا فشل في التعلم أوفي النجاح في المدرسة أو في جلب المال. كما قد يتعرض للاعتداء عليه جنسياً، خاصة من قبل أحد الأقارب أو ربما أحد الأصدقاء، مما يترك عند الطفل شعوراً بالذنب والخطيئة والخوف خاصة وأن البالغ قد يهدد الصغير بأشد العقوبات إذا باح بالسر. فإذا قابلت طفلاً قد أُسيء إليه جنسياً فلا تقسُ بمعاملته ولا تحمله تبعية ذلك بل تعاطف معه وقف إلى جانبه.

النشاط المفرط عند الطفل

عادة، يكون الطفل المفرط النشاط قلقاً، قليل النوم، منطوياً على نفسه، لذا، فإنه يصرف غضبه ببذل هذا النشاط الزائد عنده، في حين نجد أنه لا يحظى بالرعاية الكافية من الآخرين، مع الإشارة إلى أن الأطباء يرون أن هذا الاضطراب يرتبط بمشكلة ما في الدماغ قد تكون ناجمة عن الولادة أو بسبب أرجية تجاه بعض الأطعمة.

يتطلب التعامل مع طفل مفرط النشاط صبراً وتحملاً كبيرين، وللعلاج لا بد من التشاور مع الاختصاصيين المؤهلين لعلاج مثل هذه الحالات.

- 8 -
العينان والأذنان (Eyes and ears)

يتعلم الطفل ويكتسب مهاراته من خلال المشاهدة والاستماع واللمس، لذلك تؤثر سلباً أية مشكلة في عينيه أو أذنيه، مهما كانت بسيطة، على تطوره العقلي والمعرفي. وعليه يجب الإسراع في مراجعة الطبيب عند ملاحظة وجود أي اضطراب في عيني أو أذني الطفل.

العيون الحولاء (Crossed eyes)

ينتج الحول عن عيب في العضلات المسؤولة عن حركة وتوازن العينين، لذلك لا تنظر العين الحولاء في نفس اتجاه العين السليمة. والطفل المصاب بالحول يرى شكلين عندما ينظر

باتجاه جسم ما، لكن عقله يهمل الشكل الذي رأته العين الحولاء، وبمرور الوقت تصبح الرؤية في هذه العين ضعيفة، وتقل مقدرتها على التمييز بين الأشياء وعلى ملاحظة التفاصيل بدقة.

العلاج: إذا كان الحول يظهر في عيني الطفل ويختفي وكان الطفل دون الثلاثة أشهر من عمره فلا حاجة لمراجعة الطبيب ولا لأي علاج، أما إذا كان الطفل أكبر من ذلك وكان الحول دائماً فيجب مراجعة الطبيب لدراسة الحالة.

أما إن كان الطفل دون السابعة من عمره ووجد الطبيب أن إحدى العينين كسولة، فإنه ينصح بتغطية العين السليمة لعدة ساعات في كل يوم لكي تتمرن العين الضعيفة على الاستعمال والرؤية، ويمكن استعمال نظارات طبية تناسب الحالة، كما يمكن استعمالها مع تغطية العين السليمة، حسبما تتطلبه الحالة.

وفي حالة الحول الشديدة، قد ينصح الطبيب بإجراء جراحة، يتم فيها التدخل على العضلات المحركة للعين وتعديلها إلى الشكل المناسب الصحيح، على أن يدرب الطفل، بعد العملية، على إجراء تمارين خاصة لعينيه لتحسين حالتهما.

إذا عولج الطفل المصاب بالحَوَل في العمر المناسب فإن احتمالات الشفاء تكون جيدة، أما إذا أهمل العلاج، فإن احتمال إصابة العين الحولاء بالعمى الكامل يكون أمراً متوقعاً.

خمج الأذن الوسطى المزمن (Chronic middle ear infection)

عادة، يتكرر التهاب الأذن الوسطى عند الأطفال، ويحدث، بشكل عام، بسبب إصابتهم بالزكام أو بالتهاب المجاري التنفسية العليا، حيث تنتقل العوامل الخامجة، عبر نفير أوستاش (Eustachian tubes)، إلى الأذن الوسطى فتخمجها، ويتجمع فيها تدريجياً سائل لزج، لا يتمكن من السيلان للخارج لانغلاق نفير أوستاش بسبب التوذم.

الأعراض: العَرَض الرئيسي لخمج الأذن الوسطى هو فقدان السمع فيها كلياً أو جزئياً، وغالباً تُسمع الأصوات لكنها تكون خافتة وضعيفة. ويحدث نقص، أو فقدان السمع، هذا بسبب تراكم سائل صمغي على طبلة وعظام الأذن الوسطى يمنعها من حرية الحركة، كما يمكن أن يحصل عند الطفل شعور بالامتلاء في الرأس.

المضاعفات: إذا لم تعالج الحالة، لأي سبب كان، تصبح الأذن معرضة لتكرار الالتهابات الحادة وقد يؤدي هذا إلى عدة مضاعفات خطيرة منها تآكل أو التصاق عظام الأذن ببعضها، وبما أن لحركات هذه العظام دوراً حاسماً في عملية السمع فقد يؤدي ذلك لفقدان سمع دائم في هذه الأذن المصابة، مما سوف يؤثر على قدرات الطفل الكلامية مستقبلاً إن كان الطفل في المراحل الأولى لتعلم الكلام.

العلاج: عند ظهور أية أعراض سيئة في أذن الطفل، أياً كان نوعها، وبعدما يتأكد الطبيب من وجود سائل في هذه الأذن يسبب فقداناً بسيطاً للسمع، فإنه سيصف بعض العقاقير

بحيث ينفتح نفير أوستاش ويسمح بعبور السائل المتواجد إلى الحلق، وفي حال فشل المعالجة الدوائية قد يلجأ الطبيب إلى إجراء جراحة بسيطة بحيث تفتح طبلة الأذن ويزال السائل ويوضع أنبوب صغير للتهوية يبقى لمدة 6 ـ 18 شهراً.

ومن الحكمة أيضاً استئصال أية زوائد أنفية تساعد على حدوث أخماج متكررة.

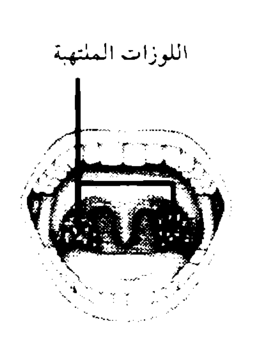
ـ 9 ـ

جهاز التنفس (Respiratory system)

إن أخماج جهاز التنفس هي أهم اضطرابات تصيب هذا الجهاز عند الأطفال، ويرجع ذلك إلى أن المجاري التنفسية عندهم أقصر منها عند الكبار، ولكن انتشار استعمال المضادات الحيوية (Antibiotics) اليوم جعل من هذه الاضطرابات أمراضاً ثانوية. والخطر الرئيسي في أخماج هذا الجهاز يكمن في أن الطفل يصاب بصعوبة في التنفس، فإذا حدث ذلك للطفل وبدأت المنطقة حول شفتيه بالازرقاق فيجب طلب العون الطبي الفوري.

التهاب اللوزتين والبلعوم (Tonsillitis and pharyngitis in children)

تكون لوزتا الطفل عند ولادته صغيرتين، ثم تكبران تدريجياً حتى تصلا إلى حجمهما الأقصى في عمر الست أو السبع سنوات، ثم، وفي مرحلة لاحقة، تنكمشان من جديد. وفي هذا العمر يصبح لهما دور هام في مقاومة الجراثيم الداخلة إلى الرئتين عبر طريق التنفس.



يمكن أن تصاب اللوزتان والبلعوم بالأخماج، كما يمكن أن يكون خمجهما، أيضاً، مقدمة لحدوث مرض آخر، فتتضخمان ويكبر حجمهما، وتحصل بحة في الصوت.

الأعراض: ترتفع حرارة الطفل وقد يبدو مريضاً، وربما يتقيأ بسبب الألم الشديد في حلقه، ويشكو الأطفال الصغار من ألم في البطن عندما يصابون بالتهاب اللوزات. وعادة تتورم العقد اللمفية على جانبي العنق وخاصة تحت زاوية الفك السفلي.

المضاعفات: إذا تكررت إصابة الطفل بالتهاب اللوزات قبل أن يبلغ السابعة من العمر بعد، فسوف يتحسن وضعه الصحي بعد سن السابعة بسبب زيادة المناعة عنده.

العلاج: بعد فحص حلق الطفل والتأكد من أن اللوزتين متورمتين ومحمرتين، أو متقرحتين، وعليهما بقع بيضاء، يتوجب البدء بعلاج الصغير فوراً.

يستحسن وضع الطفل المصاب بالتهاب اللوزتين في غرفة معتدلة الحرارة، وإعطاؤه كثيراً من السوائل، إضافة للمضادات الحيوية التي وصفها الطبيب وكذلك خافضات الحرارة ويمكن

أيضاً مسح وجهه بين الحين والحين بمنشفة مبللة بالماء. وعادة، يستجيب الطفل لمثل هذا العلاج ويبدأ بالتحسن خلال (24) ساعة.

قد يصف الطبيب دواءً ينصح بإعطائه للصغير لمدة عشرة أيام، لذلك يتوجب التقيد بتعليماته وتنفيذها حتى لو بدا أن الطفل قد شفي تماماً.

إذا كانت هجمات التهاب اللوزتين شديدة ومتكررة فمن الممكن أن تؤثر سلباً على صحة الطفل العامة، فإذا حدث ذلك قد ينصح الطبيب بضرورة استئصالهما جراحياً. وتتم العملية بقطع اللوزتين، وترك مكانهما هكذا بدون خياطة حتى تشفى المنطقة وتندمل تلقائياً. ولحين حدوث ذلك قد ينزف بعض الدم من الجرح لكن هذا الأمر غير خطر عادة. وعلى الطفل أن يأكل طعاماً خالياً تماماً من الألياف، ويستحسن أن يقتصر طعامه على السوائل والمثلجات لحين حدوث الشفاء.

الغُدَّانيَّات (Adenoids)

هي تورمات زائدة تتواجد خلف الأنف وفوق اللوزتين (زوائد أنفية)، يصاب بها المرء غالباً قبل مرحلة المراهقة، وهي تساعد في مقاومة أخماج المجاري التنفسية، لكنها تصبح مزعجة إذا نمت وتضخمت كثيراً.

في سن الثالثة من عمر الصغير تقريباً تبدأ الغُدَّانيات بالتضخم للمساعدة في تقديم وقاية إضافية للرئتين والصدر، وفي سن الخامسة تعود للانكماش من جديد وتختفي في سن البلوغ. ولكن في حالات قليلة يزداد تضخم هذه الغُدَّانيات فتسد مجرى الهواء من الأنف إلى الحلق، أو قد تغلق نفير أوستاش (Eustachian tubes) الواصل بين الأذن الوسطى والحلق مما يخلق مشاكل مختلفة.

الأعراض: إذا سدت تلك الناميات مجرى التنفس من الأنف فسوف يتنفس الطفل، بشكل رئيسي، من فمه، كما يمكن أن يصاب صوته بخنة أنفية، ويتوقف تدفق المفرزات خلف الأنف، وتصاب الغدانيات بالخمج، ويسيل السائل الناتج عن الخمج بشكل قطرات أثناء النهار، وعندما يستلقي الطفل تنزل هذه المفرزات إلى الحلق فتسبب السعال، وإذا لم تعالج الحالة فإن الخمج قد ينتشر إلى الأذن.

المضاعفات: لا خطر من إصابة هذه الغُدَّانيات بالخمج إذا عولجت وبقيت الحالة تحت إشراف الطبيب، لكن الإهمال وانتقال الخمج إلى الأذن الوسطى وتحوله إلى خمج مزمن، قد يؤدي لفقدان بعض السمع.

العلاج: إذا ترافق انسداد أنف الطفل، وبشكل متكرر، مع ألم أو سعال متواصل أثناء الليل، يستشار الطبيب فوراً، وهذا سينصح، إذا وجد أن الغُدَّانيات مخموجة، بتناول المضادات الحيوية، وقد يقترح استئصالها جراحياً، علماً أن هذه العملية بسيطة وغير معقدة ولا تنطوي على أية مخاطر.

الخانوق (Croup)

الخانوق مشكلة تنفسية تسبب صدور صوت يشبه الأزيز أو الصرير عندما يتنفس الطفل عبر حنجرة أو رغامى متضيقة، وينتج عن توذم أو تورم يصيب المنطقة بسبب الأخماج التنفسية (كالزكام مثلاً).

الأعراض: بالإضافة إلى صدور الأزيز، يمكن أن يسعل الطفل محدثاً صوتاً غليظاً أو أجشاً يشبه نباح الكلب. وبشكل عام، تحدث هجمات الخانوق أثناء الليل، فيستيقظ الطفل ويتنفس فجأة محدثاً أزيزاً أو صريراً عالي الضجيج ويصبح الأزيز أعلى عند أخذ الشهيق. وتجاه هذا الوضع قد يخاف الطفل ويشعر بالرعب، لكن عادة تهدأ الهجمة بعد عدة ساعات.

إذا أصيب الطفل بالخانوق ولم يكن مصاباً بخمج في المجاري التنفسية فغالباً ما يكون سبب المشكلة استنشاقه مادة غريبة.

العلاج: إذا كان عمر الطفل أقل من خمس سنوات ولاحظت أمه أن تنفسه قد أصبح يصدر ضجيجاً، فيجب علاجه فوراً، إذ غالباً ما يكون سبب المشكلة إصابته بالخانوق، وفي حالات نادرة قد يكون السبب التهاب لسان المزمار نتيجة إصابته بخمج جرثومي.

العلاج الذاتي: إذا أصيب ابنك بالخانوق فكوني هادئة وطمئنيه وتعاطفي معه حتى لا يزيد خوفه الموقف تعقيداً، ويمكنك جعله يستنشق بخار الماء لكي يخف الاحتقان ولكن انتبهي أن لا تسببي له حروقاً بالبخار الساخن.

العلاج الاختصاصي: إذا وجد الطبيب أن الطفل مصاب بخمج ناتج عن الجراثيم فسوف يصف له المضادات الحيوية، وإذا كان انسداد مجرى التنفس شديداً فيطلب إدخاله إلى المستشفى ووضعه في غرفة مرطبة ببخار الماء وجعله يتنفس الأكسجين، وقد يتطلب الأمر إجراء صورة شعاعية للحنجرة لمعرفة مدى سوء الحالة. أما إذا كان الانسداد شديداً فمن الضروري إدخال أنبوب عبر الفم والحلق ليتمكن الطفل من التنفس، وقد يضطر الطبيب أحياناً لإجراء ثقب عبر الرغامى وتثبيت أنبوب فيه لمساعدة الطفل على التنفس، على أن يزال الأنبوب بعد (24) ساعة، وبشكل عام يشفى الطفل بعد عدة أيام.

استنشاق جسم غريب

إذا استنشق الطفل جسماً غريباً سد مجرى تنفسه، أو بدأ فجأة يواجه صعوبة في التنفس مع ازرقاق المنطقة حول شفتيه فيجب نقله فوراً بحالة إسعاف إلى المستشفى. أما إذا كان الانسداد جزئياً فقد يصاب الطفل بالخانوق (البحث السابق). وفي حالة نزول الجسم الغريب إلى الرئتين فإنه سيسبب التهاباً وخمجاً رئوياً، وفي جميع الأحوال يجب إزالة الجسم الغريب بواسطة منظار القصبات ومن ثم إعطاء الطفل المصاب المضادات الحيوية لمنع حدوث أي خمج.

التهاب القصيبات (Bronchiolitis)

في هذا الاضطراب، تصاب بطانة القصيبات بالخمج، وغالباً ما ينتج ذلك عن الإصابة بڤيروسات (Viruses) الزكام في البدء ثم تتطور إلى التهاب قصيبات.

قصبة
قصيبة
الأسناخ

الأعراض: يصاب الطفل بالزكام والسعال الجاف، وفجأة تسوء حالته، بعد يوم أو يومين من بدء الإصابة، فترتفع حرارته حتى (38,5) درجة مئوية أو أكثر كما يصبح تنفسه سريعاً، وفي بعض الحالات قد لا يتمكن من التنفس بسهولة وقد يصدر تنفسه أزيزاً، وكذلك قد يزرق لونه بسبب نقص الأكسجين في دمه، وربما لا يتمكن من تناول طعامه لشدة معاناته.

العلاج: التهاب القصيبات ليس مرضاً شائعاً؛ وعملياً، تعالج كل الحالات بنجاح. فإذا أبدى الطفل أياً من الأعراض، التي ذكرت سابقاً، فهذا يستدعي عرضه على طبيبه فوراً، ومراقبة حالته جيداً، خاصة إذا أصيب بالزكام أو أصبح تنفسه سريعاً ومجهداً له، أما إذا ازرق لون جلده فيجب نقله إلى المستشفى فوراً، وبحالة إسعاف، حيث يتوجب وضعه تحت خيمة هواؤها مشبع بالأكسجين. وغالباً تتم تغذية الطفل بالسوائل بواسطة أنبوب يمر عبر الأنف إلى المعدة مباشرة، وفي الحالات الشديدة جداً يعطى الطفل السوائل عن طريق الوريد، كما يعطى المضادات الحيوية (Antibiotics) لمنع حدوث خمج جرثومي ثانوي، أما في الحالات فوق الشديدة فيجرى للطفل تنفس صناعي بواسطة آلة خاصة.

إن تطبيق المعالجة الفورية والسريعة تؤدي في معظم الأحيان إلى شفاء الأطفال من هذا الاضطراب خلال يومين أو ثلاثة أيام.

ذات الرئة عند الأطفال (Pneumonia in children)

تنتج ذات الرئة عند الأطفال (راجع أيضاً ص 427)، غالباً، عن خمج بالڤيروسات (Viruses) يبدأ في الجزء الأعلى من المجاري التنفسية، وقد تتطور أحياناً إلى ذات رئة قصبية تصيب الجزء السفلي من كلا الرئتين، ويمكن أن تحدث هذه أيضاً من مضاعفات الإصابة بالحصبة (ص 929) أو السعال الديكي (ص 933) أو الحُماق (ص 931)، كما تشاهد هذه الإصابة عند الأطفال المصابين بتليف كيسي (ص 913). وقد يصاب بعض كبار الأطفال بما يسمى التهاب الرئة الفصي، حيث يصاب فص رئوي واحد أو أكثر بالخمج. وفي بعض الحالات تكون الجراثيم هي سبب حدوث ذات الرئة، أو ربما يكون السبب استنشاق جسم غريب.

الأعراض: قد لا تسبق هجمات ذات الرئة القصبية الاصابة بالزكام، بل تبدأ ذات الرئة، من دون إنذار مسبق، فترتفع حرارة الطفل بسرعة حتى (40) درجة مئوية ويكون تنفسه سريعاً وسعاله جافاً، كما قد تظهر عنده حالة ذات الجنب وتسبب له ألماً في الصدر.

المضاعفات: إن ذات الرئة القصبية أقل شيوعاً من ذات الرئة القصيبية، وقد تؤدي لإصابة الطفل ببعض التشنجات التي تسببها الحرارة المرتفعة لدرجة عالية.

العلاج: إن كان الطفل دون الثلاثة أشهر من العمر، ويعاني من صعوبات تنفسية مع ارتفاع في درجة الحرارة، فيجب مراجعة الطبيب فوراً.

العلاج الذاتي: يعطى الصغير خافضات للحرارة، كما ينصح بإلباسه ثياباً خفيفة، وكذلك يمسح جسمه بقطعة قماش مبتلة بالماء العادي (غير المبرد) مع الإكثار من إعطائه السوائل ووضعه في مكان وجوّ مريحين.

العلاج الاختصاصي: من المهم أن تكون مقاومة جسم الطفل المناعية جيدة بحيث تساعده على الشفاء، وإعطاؤه المضادات الحيوية يساعد كثيراً في القضاء على الجراثيم الممرضة ولكنها ليست فعالة ضد الڤيروسات. في كل الأحوال، ينصح بإعطاء المضادات الحيوية عن طريق الفم، أما في الحالات الشديدة فقد ينصح بإعطائها عن طريق الحقن. والذي نريد لفت النظر إليه بوضوح هو أن الطفل الذي يتمتع بصحة جيدة يسير نحو الشفاء بسهولة وسرعة أكثر من الطفل المعتل الصحة، وعادة يتم الشفاء بعد أسبوع واحد من العلاج.

حالات الزكام المتكررة عند الأطفال

من الشائع أن يصاب الطفل عدة مرات بالزكام والسعال أثناء فصل الشتاء، خاصة أثناء المرحلة المدرسية بسبب العدوى المستمرة من أقرانه في المدرسة، لذلك ينصح بإعطائه اللقاحات الضرورية أثناء هذه المرحلة.

يترافق الزكام مع السعال عادة، وهذا ينتج بشكل رئيس عن أن الطفل يبلع المواد المخاطية بدلاً من إخراجها من أنفه، ومن ناحية أخرى نجده يشكو من آلام بطنية أثناء إصابته بالزكام.

في حالات نادرة، يكون الزكام المتكرر عرضاً لاضطراب خطير، وفي هذه الحالة يكون الطفل عادة واهناً بشكل مستمر حتى لو لم يكن مصاباً بالزكام.

عند بعض الأطفال، يحدث الزكام بسبب رد فعل أرجي، فنرى الطفل كثير العُطاس وأنفه سيّال وعيونه دامعة، وقد يحدث ذلك في أشهر الصيف الحارة. هذه الأرجية قد تكون ناتجة عن غبار الطلع أو عن الغبار العادي الذي يحمله الهواء أو عن غير ذلك.

إذا حدث الزكام وكان مترافقاً مع الأزيز فقد يكون الطفل مصاباً بالربو (ص 422) أو بالتليف الكيسي (ص 913).

وإذا كان الطفل المصاب بالزكام يبكي كثيراً ويرفض الطعام ويبدو قلقاً وقد ارتفعت حرارته حتى (39) درجة مئوية، ويشكو من ألم في أذنه أو وجهه أو جبينه وأصبح صوته أجش وسعاله جافاً ومؤلماً فيجب مراجعة الطبيب فوراً.

ما العمل: إذا كان الطفل الذي يصاب بزكام متكرر يسعل كثيراً أثناء الليل فذلك يعني أن غرفته باردة وهواءها يثير الحلق، أو حارة وهواءها جاف مما يجعل الحلق جافاً، لذلك يجب جعل غرفة هذاالطفل معتدلة الحرارة والرطوبة.

إن أصيب الطفل بالزكام، وأصبح يأكل كمية قليلة من الطعام فلا داعي للقلق كثيراً إن دام ذلك أقل من يومين، علماً أنه يجب تنظيف أنفه باستعمال ماصة المخاط (يمكن شراؤها من الصيدلية)، والافضل استعمال محلول ماء وملح متوازن في غسل الأنف كما يستحسن إعطاؤه أي شراب قبل النوم فذلك يساعد في تنظيف الممرات الخلفية للأنف من المفرزات المخاطية.

ـ 10 ـ
اضطرابات الدم (Blood disorders)

تختلف أعراض وعواقب أمراض الدم اختلافاً كبيراً فيما بينها. فلبعض منها أعراض خفيفة بينما البعض الآخر تكون أعراضه أكثر شدة علماً أنه ليس مهماً اكتشاف وعلاج بعضها بعد مدة متأخرة، في حين أن لبعضها الأولوية في العلاج المبكر. وفيما يلي سندرس أهم تلك الأمراض.

فقر الدم الناجم عن نقص الحديد عند الأطفال (Iron deficiency anemia in children)

هو نقص في خضاب الدم (Hemoglobin) الذي يحمل الأكسجين من الرئتين إلى كافة أنحاء الجسم، والسبب المهم في حدوثه هو نقص الحديد في طعام الطفل. تكون هذه الحالة أشد وقعاً عند المولودين قبل وقتهم (الخُدج)، لأن احتياطي الحديد في أجسامهم أقل منه عند المولودين في موعدهم الطبيعي.

فالأطفال الصغار قد يتناولون حليباً يحوي القليل من الحديد، والأطفال الأكبر قد يتناولون طعاماً فقيراً بالحديد، هذا الوضع وذلك يسببان فقر الدم، الذي يسبب بدوره نقص الشهية للطعام مما يزيد المشكلة سوءاً. كما أن هناك سبباً أقل شيوعاً لنقص الحديد هو سوء امتصاص الحديد من الأمعاء، وقد يكون السبب حدوث نزوف معوية متكررة وغير ملحوظة.

الأعراض: لا يسبب فقر الدم البسيط أية أعراض، أما فقر الدم الشديد فيؤدي إلى شحوب اليدين ومحيط الأجفان السفلية للعينين، وإلى التعب السريع والضعف العام كما قد يؤدي إلى خفقانات وتوقف التنفس وإلى الإغماء أحياناً، وقلة الشهية للطعام.

العلاج: إذا بدا الطفل قليل الحيوية سريع التعب، فيجب مراجعة الطبيب، وهذا سيطلب إجراء بعض الفحوصات والتحاليل الضرورية لتحديد حجم المشكلة وسببها. فإذا وجد أن السبب هو نقص الحديد ليس إلا، فسيصف للطفل مركبات الحديد التي يجب أن يستمر في تناولها لمدة ثلاثة أشهر على الأقل، إضافة لبعض التعليمات حول الوجبة الغذائية التي تناسب هذا الطفل، كما أنه سيعالج المشاكل الأخرى إذ لزم الأمر.

الفرفرية الأرجية (Allergic purpura)

يظهر الطفح في الفرفرية الأرجية تماماً تحت الجلد، ويعتقد أن السبب عائد لرد الفعل الشاذ بين الأجسام الضدية (Antibodies) التي تقاوم الأخماج وبين أوعية الدم، حيث تلتهب أوعية الدم الدقيقة وتنفجر مشكلة الطفح. ويظن أن الأجسام الضدية تتواجد في الدم لمقاومة الأمراض التي تسببها الجراثيم العقدية أو تظهر كردة فعل تجاه بعض الأطعمة أو الأدوية أو الفيروسات (Viruses) ، مع العلم أن هذا الاضطراب يصيب الأطفال عادة.

الأعراض: قبل حدوث الطفح، يلتهب حلق الطفل لمدة أسبوعين، ثم يظهر الطفح دون أن يسبب أي إزعاج للمصاب، ويكون على شكل بقع وردية غير طبيعية تختلف أحجامها، وتظهر على الكاحلين والظنبوب والأرداف والمرفقين، وعند ظهور البقع يشعر المصاب بعدم الارتياح وترتفع حرارته قليلاً. ويميل الطفح للظهور والاختفاء، كما قد يعاني المصاب من ألم مستمر في المعدة يكون شديداً في أغلب الأحوال، وأحياناً قد يتعرض لهجمة نزيف معوي وربما تترافق مع نزيف كلوي يظهر على شكل دم في بوله (راجع ص 921)، وهو اضطراب نادر الحدوث ويصيب الفتيان أكثر من الفتيات.

الخطر الوحيد المحتمل لهذا الاضطراب هو حدوث اضطراب كلوي دائم، كما أن هناك خطرين آخرين نادرين هما حدوث الانغلاف المعوي (ص 911)، ونزيف حاد في المعي والأجهزة الداخلية الأخرى.

العلاج: إذا بدت على الطفل إحدى الأعراض الموصوفة سابقاً، يجدر بالأبوين عرضه على الطبيب، مع العلم أن هذا الاضطراب سوف يختفي تدريجياً بعد مرور شهر أو شهرين، كما يمكن، عند بعض الأطفال، أن تظهر الحالة من جديد خلال سنتين، ثم تختفي نهائياً.

ابيضاض الدم عند الأطفال (Leukemia in children)

ابيضاض الدم أو (اللوكيميا) هو نوع من السرطان يصيب خلايا الدم البيضاء التي تحمي الجسم من الأخماج. والابيضاض اللمفاوي الحاد نوع من السرطان يصيب الأطفال غالباً، راجع (ص 527) ويصيب خلايا الدم البيضاء المسماة اللمفاويات (Lymphocytes) التي يتم إنتاجها في العقد اللمفاوية (راجع ص 536)، وهذه الخلايا المتسرطنة تنتقل من العقد اللمفاوية إلى مجرى الدم الذي ينقلها إلى جميع أعضاء الجسم بما فيها الكبد والطحال ونقي العظام والنخاع الشوكي.

تتداخل الخلايا الابيضاضية في نقي العظم تداخلاً خطيراً وتؤثر على إنتاجه من الكريات الحمراء والصفيحات وكريات الدم البيضاء المعروفة بالعَدَلات.

الأعراض: العَرَض الرئيسي للابيضاض اللمفاوي الحاد (Acute lymphocytic leukemia) هو حدوث فقر دم، وهذا يؤدي إلى التعب والضعف العام؛ ونقص صفيحات الدم الذي يؤدي

إلى الفرفرية (راجع ص 525) وألم في المفاصل وصداع وتورم العقد في العنق خلف زاوية الفك الأسفل وكذلك تضخم الطحال، والإصابة بأخماج متكررة، وخاصة منها ذات الرئة، وحدوث التهابات وتقرحات في الفم والحلق.

المضاعفات: يصيب هذا المرض الأطفال دون العاشرة من العمر في أغلب الأحيان، وبفضل التقدم الكبير الذي طرأ على علاجه، فقد أصبح الشفاء منه ممكناً، ويتطلب الأمر علاجاً طويلاً تحت إشراف الطبيب المختص.

العلاج: يستطيع الطبيب وحده أن يقرر إذا كان الطفل مصاباً بالابيضاض أم لا، ولتأكيد التشخيص سيطلب إجراء بعض الفحوصات، منها أخذ خزعة من نقي العظام وفحصها، وهذه ستنفي أو تؤكد وجود المرض.

يتم العلاج عادة في المستشفى، حيث يعطى المصاب العقاقير المضادة للسرطانات ويجرى له علاج بالأشعة، وتعطى له الأدوية حسب برنامج موضوع وبجرعات متباعدة ومنتظمة، لكن من المهم جداً وقاية، مثل هذا الطفل، من الأخماج لأن جسمه يكون ضعيف المقاومة جداً تجاه العوامل الخامجة، أو ربما تكون مقاومته معدومة، لذلك يجب عزله عن الآخرين، وعند الدخول إلى غرفته يجب وضع قناع يغطي الوجه والأنف والفم، وكذلك تغطية الرأس وارتداء ملابس نظيفة تغطي الجسم، مع الانتباه جيداً لتطمين الطفل، باستمرار، عن حالته وسلامته وتشجيعه على الصمود والتأكيد له أن هذا الوضع هو أمر مؤقت وأن كل شيء سيعود إلى ما كان عليه، بعد انتهاء العلاج.

غالباً، وبعد عدة أسابيع، تتحسن حالة الطفل ويسمح له بمزاولة حياته بشكل طبيعي مع وضعه تحت المراقبة لمدة سنة أو سنتين أو أكثر يخضع أثناءها لفحوصات دورية.

إذا عادت الأعراض للظهور من جديد، فسيكون زرع نقي العظام هو العلاج الأفضل للمصاب، ولتنفيذ هذا الإجراء يتم تدمير كامل الخلايا السرطانية والخلايا السليمة وخلايا نقي العظام بواسطة الأشعة والأدوية السامة للخلايا، يجري بعدها وضع نقي العظم السليم، الذي يؤخذ من متبرع موافق للمريض، وبعد العملية سيتم عزل الطفل لفترة من الزمن. وبشكل عام فإن علاج الابيضاض عند الأطفال قد أصبح يتكلل بالنجاح.

ـ 11 ـ
جهاز الهضم والتغذية (Digestive system and nutrition)

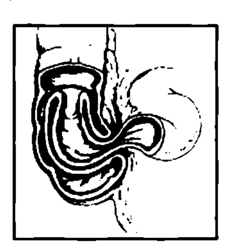
معظم اضطرابات جهاز الهضم، تكتشف سريعاً بعد الولادة لأنها تعيق تغذية الطفل، وقد تكون مؤذية له (يراجع وصف جهاز الهضم ص 542).

فإذا لوحظ أن جهاز الهضم عند الطفل ليس على ما يرام، فليُراجَع طبيبه، وهو سيحدد المشكلة بدقة ويقترح طريقة فعالة لتغذيته. فسلامة جهاز الهضم والوجبة المتوازنة عاملان

هامان في نمو الطفل (يراجع اضطرابات النمو ص 917). وفيما يلي ندرس معظم ما يصيب جهاز الهضم عند الأطفال من اضطرابات.

الانغلاف المعوي (Intussusception)

الانغلاف أو الانغماد المعوي اضطراب نادر مجهول السبب، يدخل فيه جزء من المعي الدقيق، عادةً، داخل جزء آخر منه، ويصيب الأطفال غالباً في عمر ما بين الأربع والستة أشهر ويشاهد عند الذكور أكثر منه عند الإناث.



في الانغلاف المعوي يتداخل جزءان من معي الطفل ببعضهما البعض.

الأعراض: فجأة يصرخ الطفل معانياً من ألم يحدث حالما تمر موجة التقلص العضلي على امتداد المعي المتداخل، ويمكن أن يستمر الألم، وبالتالي صراخ الطفل، عدة دقائق، يصبح أثناءها الطفل ذا لون شاحب، كما يبدو منهكاً وقد يتقيأ وربما يتغوط مخاطاً مدمى كالهلام الأحمر، ثم تعاوده النوبة بعد عدة دقائق.

العلاج: إذا ظهرت هذه الأعراض على الطفل، وبعد فحصه من قبل طبيبه بالجس اليدوي، يمكن أن يضع التشخيص الأولي لحالة الانغلاف المعوي، ولتأكيد التشخيص يفحص الطفل شعاعياً بعد حقنه بالباريوم (Barium)، وربما يقوم الباريوم، وهو يعبر الأمعاء، بدفع القسم المتداخل ببعضه وإرجاعه لوضعه الطبيعي. فإذا لم تُنهِ حقنة الباريوم المشكلة، عندها لا بد من إجراء عملية جراحية يفتح فيها بطن الطفل ويعاد المعي لوضعه الطبيعي، وعادة، تتكلل العملية بالنجاح ويشفى الطفل، ولا تعاوده الحالة مرة أخرى.

احتباس الغائط (Encopresis)

في هذا الاضطراب، ورغم أن الطفل يكون قد تمرن على التغوط بشكل طبيعي، فإنه يلوث لباسه الداخلي بالغائط دون وجود سبب مرضي لذلك. تحدث هذه الحالة بسبب بقاء بعض الغائط الصلب محتبساً في المستقيم والجزء الأسفل من المعي الغليظ. ولكن المواد التي تخرج من شرج الطفل تكون شبه سائلة وتحتوي مقداراً من المخاط، فيظن الأبوان أن طفلهما مصاب بالإسهال، بينما تكون المشكلة، في حقيقتها، حالة إمساك وليس إسهالاً. وفي حالات قليلة قد يوسخ الطفل لباسه الداخلي بغائط صلب، ويحدث هذا غالباً بسبب اضطرابات عاطفية يتعرض لها الطفل.

العلاج: تعالج الحالة عادة بإعطاء الطفل حقنة شرجية أو استعمال تحاميل شرجية لتنظيف الجزء السفلي من المعي الغليظ والمستقيم. ويجب أن يشجع الصغير على التغوط بشكل نظامي وبوقت محدد مرة واحدة، على الأقل، يومياً، ويفضل أن يكون ذلك في الصباح. ويمكن في بعض الحالات أن يوصي الطبيب باستعمال الملينات لفترة محدودة، وعلى وجه العموم على الأم أن تتعاطف مع الصغير وتتفهم مشكلته وتشجعه على التعاون وعدم لومه أو توبيخه، حتى لا يتأذى نفسياً أكثر مما تأذى بسبب حرجه من المشكلة.

الزَرَب الاستوائي (اعتلال الأمعاء الغلوتيني) (Celiac disease)

هو حالة تأرج (Allergy) تصيب المعي الدقيق عندما يتم الاحتكاك بين جدرانه مع الغلوتين (Gluten) ، (مادة غروية موجودة في القمح ودقيقه ومعظم الحبوب)، لأن الغشاء، الذي يبطن المعي الدقيق، يفقد زغاباته بتأثير هذا البروتين (Protein) ويصبح أملس وأقل مقدرة على امتصاص المواد الغذائية (راجع سوء الامتصاص ص 601). وهو مرض يُكشف ويُشخص غالباً في مرحلة الرضاعة أو الطفولة المبكرة.

الأعراض: تبدأ الأعراض عادة خلال الأسابيع القليلة الأولى التي تلي تقديم وجبة الحبوب للطفل عند بلوغه الشهرين أو بعد ذلك، حيث يصبح ازدياد وزنه بطيئاً، أو ربما يفقد من وزنه وتضعف شهيته للطعام مما يزيد الحالة سوءاً، فيصبح منهكاً وشاحباً وعابساً ويتغوط عدة مرات كل يوم مع تمرير غازات ذات روائح كريهة، علماً أن تلك الغازات المتجمعة في بطن الطفل تؤدي إلى انتفاخه وربماتظهر بعض البثور في فم الطفل، ويصاب بفقر دم ونقص ڤيتامينات.

أحياناً تكون الإصابة معتدلة الشدة، فيتأخر اكتشافها وتكون أعراضها أخف ومضاعفاتها أقل.

المضاعفات: الزَرَب الاستوائي نادر الحدوث، وربما يتكرر في العائلة لأسباب وراثية، وليس له مضاعفات تهدد حياة المصاب به، كما يمكن أن يعيش الإنسان بشكل طبيعي تماماً إذا طبق العلاج المناسب، وحسب إرشادات الطبيب المعالج.

العلاج: لدى مراجعة الطبيب، يجري للطفل فحص دم وغائط، وربمايتطلب الأمر أخذ خزعة من بطانة أمعائه لفحصها وتأكيد التشخيص. يعالج الطفل بإبعاد القمح نهائياً عن وجبته الغذائية، وكذلك الحبوب الأخرى الحاوية على الغلوتين، علماً أن الذرة والأرز لا يحويان هذا البروتين ويمكن تغذية الصغير بهما. وبعد تطبيق الحمية اللازمة بعدة أسابيع، تختفي، عادة، أعراض المرض ويبدأ الطفل باستعادة وزنه وصحته. ويجب على الأهل الاستمرار في تطبيق إرشادات الطبيب التي ربما تتضمن إعطاء الصغير بعض الڤيتامينات والحديد، وعندما يكبر ويصبح واعياً يجب شرح الأمر له بكل وضوح ليعلم ويتعلم كل ما يتعلق بطعامه.

آلام البطن والصداع المتكرر عند الأطفال

يصاب بعض الأطفال، وعلى فترات متقطعة، بألم بطني مترافق بصداع، يبدو الطفل أثناءه شاحب اللون، ويلجأ إلى الاستلقاء عادة، ويعاني من الألم لعدة ساعات أو ليوم كامل ويشير إلى سرّته كمصدر للألم، وربما يتقيأ ويصاب بالإسهال أو ترتفع درجة حرارته قليلاً، أو ربما يصاب بهذه الأعراض الثلاثة معاً إضافة لألم البطن. تتوقف هذه الأعراض عند بعض هؤلاء الأطفال، في مرحلة البلوغ وعند البعض تدوم لفترة أطول.

القليل من الذين يعانون من ألم بطني متكرر يشكون من مشكلة خفية، مثل الاضطراب الكلوي أو القرحة المعدية، أو من أرجية تجاه نوع معين من الطعام أو ربما يكون السبب نفسياً أو مجهولاً.

كذلك فإنه نادراً ما يكون ألم الرأس المتكرر عرضاً لاضطراب خفي خطير، وغالباً ما تنتج آلام الرأس عند الأطفال نتيجة ضغط عاطفي في المنزل أو المدرسة، وفي حالات نادرة قد يرث الطفل، عن أحد أبويه، آلام الشقيقة أو آلام البطن.

العلاج: إذا كرر الطفل شكواه من ألم البطن أو ألم الرأس واستمر على ذلك لأكثر من يوم واحد، فالطبيب، سيجري له كل ما يلزم لتشخيص الحالة ووصف العلاج، إنما، بالمقابل، يتوجب على الأهل المداومة على إعطاء الطفل مسكناً لآلامه، حسب الوصفة الطبية، مع ملاحظة فيما إذا كانت هذه الأعراض نتيجة مشكلة نفسية أو عاطفية، أو كان سببها تناول الطفل لطعام معين.

التليف الكيسي (Cystic fibrosis)

في هذا المرض الوراثي وغير الشائع، تفشل غدة البنكرياس (Pancreas) في إفراز الأنزيمات (Enzymes) والعصارات الهاضمة الضرورية لإتمام عملية الهضم، فيقتصر هضم الطعام على العصارات الهاضمة والأنزيمات التي تفرزها الغدد اللعابية وجدار المعدة، ونتيجة لذلك لا تهضم الدهون كلها، ولا كثير من الأطعمة الأخرى، وتُطرح كما هي من دون هضم (راجع سوء الامتصاص ص 601).

في هذا المرض أيضاً لا تفرز الغدد الموجودة في بطانة القصيبات الرئوية الصغيرة، المواد المخاطية الشفافة الرقيقة، التي تلتقط الجراثيم وتنقي الهواء مما يحمله من شوائب، وتدفعه نحو الخارج، بل تنتج مخاطاً كثيفاً يميل إلى البقاء في تلك القصيبات الدقيقة، فتتجمع فيه الجراثيم وتنمو وتتكاثر وتسبب أخماجاً تنفسية مختلفة (راجع ذات الرئة ص 906).

الأعراض: تظهر الأعراض أحياناً مباشرة بعد الولادة، حيث يكون أول غائط يتغوطه الطفل شديد الكثافة، ويتطلب جهداً من الطفل لكي يخرج، ويمكن أن يسبب انسداداً معوياً (راجع ص 595). وفي الفترة الأولى بعد الولادة لا يزداد وزن الطفل كثيراً، بسبب فشل البنكرياس في إفراز الأنزيمات الهاضمة، وبالتالي حدوث نقص في امتصاص الغذيات في الأمعاء، ويتغوط الطفل كميات كبيرة ويكون غائطه دهنياً ويطفو فوق الماء وتفوح منه رائحة كريهة جداً.

والطفل المصاب بهذا الاضطراب يمكن أن يصاب بأخماج تنفسية متكررة ومترافقة مع السعال وارتفاع الحرارة، وغالباً ما تكون شهيته للطعام زائدة، ويأكل كميات كبيرة.

لا يعاني الأطفال المصابون بهذا الاضطراب من أية آلام، ولا يشعرون أنهم مرضى.

المضاعفات: تتكرر عند الأطفال المصابين بالتليف الكيسي، أخماج جهاز التنفس، ويصابون كثيراً بذات الرئة، وهذه تؤدي إلى توسع القصبات الرئوية، مما يؤدي بالتالي إلى قابلية أكثر للإصابة بذات الرئة، فتزداد خطورتها وقد تؤدي إلى الموت. ورغم التقدم في

أساليب العلاج فإن كثيراً من المصابين بهذا المرض لا يعيشون إلى مرحلة البلوغ. وبما أن هذا المرض ينتج عن عوامل وراثية فمن الممكن وجود عدة أطفال مصابين به في عائلة واحدة.

العلاج: إن شخصت الحالة باكراً فإن العلاج الفوري يمكن أن يخفف من حدوث الأخماج التنفسية، ويعطي فرصة أفضل للطفل. فبعدما يتأكد الطبيب من تشخيص الحالة يعطي الصغير دواءً مستخرجاً من غدة البنكرياس عند الحيوانات ليعوضه عن الأنزيمات المفقودة عنده بسبب فشل بنكرياسه في إفراز ما يلزم منها، وسيطلب تخفيف الدهون أو منعها من وجبته الغذائية، وبذلك يستعيد وضعه الطبيعي ويعود وزنه للازدياد ويصبح غائطه أفضل من قبل، وكذلك سيركز على تأمين سلامة جهازه التنفسي وسيعطي التعليمات اللازمة حول ذلك، وينصح بالمضادات الحيوية الضرورية الواجب استعمالها عند حدوث أي خمج، ونؤكد هنا على ضرورة الاهتمام جداً بموضوع هذه الأخماج، وبموضوع سلامة الرئة، لأن إهمال هذا الأمر سيكون له في المستقبل مضاعفات عديدة ربما تكون خطرة على حياة المصاب.

عدم تحمل اللاكتوز (سكر اللبن) (Lactose intolerane)

إن الأنزيمات (Enzymes) مواد هامة جداً لتفاعلات الجسم الكيميائية. أحد هذه الأنزيمات هو اللاكتاز (Lactase) (أنزيم يشطر اللاكتوز إلى نوعين من السكاكر) الذي ينتج في بطانة المعي الدقيق ويحطم اللاكتوز الموجود في حليب البقر. إن بعض الناس يوجد عندهم القليل من هذا الأنزيم أو أنه لا يوجد أبداً، ولذلك فإنهم يواجهون صعوبات في هضم الحليب.

إن هجمة شديدة من التهاب المعدة والأمعاء تصيب أي طفل يمكن أن تدمر مؤقتاً بطانة أمعائه، بحيث تصبح غير قادرة على إنتاج اللاكتاز (Lactase) أو أنها تنتج قليلاً منه، وهذا يؤدي إلى إصابة مؤقتة باضطراب عدم تحمل اللاكتوز، وربما لا تظهر على الطفل أي أعراض في بادئ الأمر ولحين توقف الإسهال والقيء الناتجين عن التهاب المعدة والأمعاء، وغالباً يُمنع الحليب عن الطفل ويعطى بدلاً عنه الماء فقط. وعندما يعطى الحليب من جديد تحدث ردة فعل ويصاب بالإسهال مجدداً، وهذا الإسهال يكون رغوياً في أغلب الأحيان، وقد يسبب طفح الحفاض (ص 870) ويترافق مع الإقياء.

إذا حدث عدم تحمل اللاكتوز منذ الولادة فإنه يسبب للطفل انتفاخ البطن والإسهال المستمر وبالتالي لا يكتسب الصغير أي زيادة في الوزن.

العلاج: إذا شخص الطبيب إصابة الطفل بحالة مؤقتة من عدم تحمل اللاكتوز فإنه سيصف له نموذجاً غذائياً خالياً منه أو فقيراً به، ريثما تعود الأمور إلى طبيعتها السابقة. أما إذا شخص هذا الاضطراب عند الطفل منذ الولادة، وكانت حالة دائمة، فإنه (أي الطبيب) سيقدم الإرشادات والنصائح اللازمة حول تغذية الصغير، ويجب اتباعها بدقة، مع التأكيد على عدم إعطائه حليب البقر إطلاقاً.

الأسنان

عندما يبلغ الطفل عمر الستة أشهر تقريباً تبدأ أسنانه بالبزوغ. وبشكل عام يظهر أول سن له، وهو عادة أحد القواطع الوسطى، أثناء السنة الأولى من العمر وغالباً دون أية مشاكل.

ربما تحدث بعض الإزعاجات للطفل أثناء بزوغ أسنانه، التي تختلف في شدتها بين طفل وآخر، مما يجعله يضع أصابعه فوق لثته ويحكها، أو تنتفخ اللثة فتصبح مزعجة ومؤلمة وكذلك قد تحمر وجنته الموافقة للسن التي تبزغ وتسخن، وربما يصبح الطفل، أيضاً، منزعجاً جداً ومتألماً وبائساً ومنهكاً، وفي بعض الحالات قد تتغير عادات نومه وتغوطه وغير ذلك. ورغم كل هذه المشاكل فإن بزوغ الأسنان أمر محتوم لا بد من تحمله، مع الإشارة إلى أن الطفل، في هذه المرحلة، قد يصاب بمرض ما وتعزى الأسباب والأعراض لبزوغ الأسنان، مما قد يؤدي لمشاكل أكثر إزعاجاً. لذلك، إذا لاحظت الأم انزعاج طفلها الشديد أثناء بزوغ أسنانه، أو شكت في هذا الأمر فلتعرضه على الطبيب دون تأخير.

بزوغ الأسنان المؤقتة (أسنان الحليب): يبدأ بزوغ الأسنان المؤقتة بالتتابع من الشهر السادس وحتى السنة الثالثة من عمر الطفل، ولكن هذه المعدلات ليست إلا معدلات عامة، فهناك أطفال يولدون وفي أفواههم سن بازغة، كما أن هناك أطفالاً يتأخر بزوغ أسنانهم لما بعد السنة الأولى من عمرهم. وسواء بزغت الأسنان في وقت مبكر أو متأخر فإن ذلك لا يؤثر على الصحة العامة. وفيما يلي نقدم جدولاً يبين معدلات العمر الذي تبزغ فيه الأسنان المؤقتة بشكل عام.

الأسنان المؤقتة	العمر
الثنايا (القواطع الوسطى)	6 أشهر
الرباعيات (القواطع الجانبية)	7 أشهر
الأرحاء الأولى	12 شهراً
الأنياب	18 شهراً
الأرحاء الثانية	24 ـ 36 شهراً
وهذا يبين أن عدد الأسنان المؤقتة هو عشرون سناً فقط	

الرحى الثانية المؤقتة
الرحى الأولى المؤقتة
الناب
الرباعية
الثنية
القواطع
الاسنان المؤقتة (اللبنية)

الأسنان المؤقتة وعددها عشرون سناً فقط.

بزوغ الأسنان الدائمة: عندما يصبح عمر الطفل ست سنوات تقريباً، تبدأ أسنانه الدائمة بالبزوغ وبشكل عام تبزغ الأرحاء الأولى الدائمة في هذا العمر وبذلك تكون أول الأسنان الدائمة بزوغاً وموقعها خلف الأسنان المؤقتة مباشرة. ويجب على الأهل الانتباه جيداً لهذه السن وإعطائها المزيد من الاهتمام لكي لا يفقدها الطفل باكراً. ثم بعد ذلك تبدأ الأسنان اللبنية بالتساقط لتبزغ مكانها أسنان دائمة، اعتباراً من القواطع الأمامية، ويستمر تبديل الأسنان حتى الثانية أو الثالثة عشر من العمر، ثم، وفي مرحلة لاحقة، عندما يبلغ الإنسان (17 ـ 20) سنة تبزغ الأرحاء الثالثة التي نسميها أسنان أو أضراس العقل. وفيما يلي نقدم جدولاً يبين معدلات العمر الذي تبزغ فيه الأسنان الدائمة بشكل عام.

الأسنان الدائمة	العمر
الأرحاء الأولى	6 ـ 7 سنوات
(الثنايا) (القواطع الوسطى)	6 ـ 8 سنوات
الرباعيات (القواطع الجانبية)	7 ـ 9 سنوات
الأنياب	9 ـ 12 سنة
الضواحك	10 ـ 12 سنوات
الأرحاء الثانية	11 ـ 13 سنوات
الأرحاء الثالثة (أسنان العقل)	17 ـ 20 سنوات

وهذا يبين أن عدد الأسنان الدائمة، هو إثنان وثلاثون سناً.

مع ملاحظة أن أسنان العقل ربما تكون مفقودة عند بعض الناس، كلها أو بعضها.

القواطع
الثنية
الرباعية
الناب
الضاحكان
(الضاحك والعارض)
رحى أولى (الرحى)
رحى ثانية (الطاحن)
رحى ثالثة (الناجز)
الأسنان الدائمة

الأسنان الدائمة وعددها (٣٢) اثنان وثلاثون سناً بما فيها أسنان العقل.

التهاب الكبد عند الأطفال (Hepatitis in children)

عادة يسبب التهاب الكبد عند الأطفال ڤيروس (Virus) يدخل عبر الفم ويصل إلى الكبد من خلال الأوعية الدموية. ومن بين كافة أنواع التهاب الكبد، إن النوع المسمى التهاب الكبد الحاد (A) (ص 616) هو الذي يصيب الأطفال بشكل عام.

يتطور هذا المرض بين الأسبوع الثاني والأسبوع السادس من بدء الإصابة ويكون أخف وطأة على الأطفال الصغار منه على الكبار، ويلاحظ أنه يتكرر في أماكن العيش المزدحمة.

العلاج: أهم ما في العلاج هو جعل الطفل في حالة راحة تامة في السرير، وبما أن المرض يؤدي إلى فقدان الشهية للطعام، فإنه يجب إعطاء الطفل، وعلى فترات، كميات قليلة من طعام مغذي، ومن النوع الذي يحبه، وإعطاؤه جرعات متعددة من السوائل أو الأطعمة الغنية بالحريرات والڤيتامينات، والحاوية على الغلوكوز (سكر العنب) (كالتمر والدبس والعسل والزبيب والمشمش المجفف أو على شكل مربى وغيرها)، وبعد أسبوعين يبدأ الطفل بالشفاء.

إن التهاب الكبد مرض خمجي مُعدي، لذلك يجب عزل الطفل المصاب بقدر الإمكان وتجنب الاحتكاك المباشر معه من قبل بقية الأطفال، وعلى أفراد العائلة الآخرين الاهتمام جيداً بوسائل الوقاية العامة، والتأكيد على غسل الأيدي المتكرر كل يوم، وبخاصة قبل الطعام، وبعد استعمال المرحاض، ويجب استعمال مطهر، أو معقم، خاص للمرحاض والمغسلة والحمام. وبعد شفاء الطفل تتشكل عنده مناعة دائمة من هجمات جديدة، ولا يترك المرض أية مضاعفات، أو آثاراً جانبية عليه.

اضطرابات النمو (Growth disorders)

يهتم بعض الآباء كثيراً بمعدلات نمو أولادهم، ويقارنون أرقام أطوالهم وأوزانهم مع الأرقام الواردة في الجداول التي تنشر حول هذا الأمر. وعندما يجدون اختلافاً بين أرقام أولادهم والأرقام المسجلة في الجداول يبدون كثيراً من القلق حول ذلك. فإلى هؤلاء نقول إن معظم حالات اختلاف الأرقام يعود إلى أسباب وراثية، وما دام الطفل يتمتع بصحة وحيوية جيدين فلا خوف عليه. أما إذا كان الفرق كبيراً، وبدا أن الطفل قد تأخر نموه، فإنه من المحتمل أن يكون مصاباً بأحد الاضطرابات التالية:

1 ـ **الاضطرابات الغذائية**: ربما تتظاهر الاضطرابات الغذائية عند الأطفال بفرط الوزن أو البدانة، وهذه ستؤدي إلى مخاطر وأمراض متعددة خاصة في المراحل اللاحقة من العمر، أو أنها تتظاهر بسوء التغذية الذي هو الوجه المقابل للبدانة. من بين الاضطرابات التي تعيق النمو مرض الزَرَب الاستوائي (ص 912) والتليف الكيسي (ص 913).

2 ـ **البلوغ المتأخر**: تبلغ البنات عادة في حوالي الثانية أو الثالثة عشرة من العمر ويبلغ الذكور في حوالي الثالثة، أو الرابعة عشرة من العمر، فإذا لوحظ أن أحد الأبناء قد تأخر بلوغه كثيراً عن هذا العمر فيجب مراجعة الطبيب.

3 ـ **الاضطرابات الهرمونية**: هذه الاعتلالات تنتج عادة عن نقص أو إفراط في إفراز الهرمونات من قبل الغدتين النخامية (ص 664)، أو الدرقية (ص 681)، وهي أقل شيوعاً من اضطرابات النمو الأخرى، وتتضمن العملقة (ص 666) والقزامة (ص 666) وقصور الغدة الدرقية (ص 684).

4 ـ **أسباب أخرى لمشاكل النمو**: قد تحدث إعاقة في النمو كأحد مضاعفات الأمراض المزمنة الشديدة مثل أمراض القلب الولادية (ص 880) وفقر الدم المنجلي (ص 519) وقصور الكلية المزمن (ص 659).

العلاج: عند الشك بوجود اضطراب في النمو لدى الطفل يجب مراجعة الطبيب.

بيلة الفينيل كيتون (Phenylketonuria)

لكي ينمو الجسم فإنه يحتاج إلى البروتين (Protein)، وهو يتركب من عناصر كيميائية اسمها الحموض الأمينية (Amino acids)، وعادة يحطم الجسم أو يطرح كل الحموض الأمينية الزائدة، لكن في هذا الاضطراب (الذي يرمز له بـ PKU) والذي يحدث بأسباب وراثية، يعجز الجسم عن تحطيم أحد الحموض الأمينية، المعروف باسم فينيل ألانين (Phenyl alanine)، مما يؤدي إلى بقائه في الجسم. فإذا تراكم في السائل الدماغي الشوكي، وفي الدم، فإنه يخرب الجهاز العصبي، وهذا الأمر يحدث في حالات نادرة، بينما لا يزال الطفل جنيناً في رحم أمه، التي بدورها قد تكون مصابة بهذا الاضطراب، فيولد الطفل بدماغ صغير مشوه. وقد يكون قلبه

مشوهاً أيضاً. وإذا كانت الأم ناقلة للمرض فإن الطفل يكون طبيعياً عند الولادة (راجع علم الوراثة ص 938).

العلاج: يجب فحص الأولاد بعد فترة وجيزة من ولادتهم للتأكد من عدم إصابتهم بهذا الاضطراب. فإذا تبين إصابة الطفل به، فإن الطبيب يصف له طعاماً خاصاً، يجب التقيد به تماماً لكي لا يتأذى دماغه. وستحوي وجبته هذه مقداراً ضئيلاً من الفينل ألانين (Phenyl alanine)، لكنها لن تكون خالية تماماً منه لأنه ضروري لبناء الجسم. وهذا الأمر يعني أن الطفل لن يتمكن من رضاعة حليب أمه، وسيستمر على تناول وجبات خاصة به، وعندما يكبر فإنه سيتحتم عليه الاقتصار في طعامه على الخضراوات والسلطات، وعليه تناول الڤيتامينات، والمعادن، وكميات محددة من البروتين، وحسبما يحدده الطبيب دائماً. ويستمر على فعل ذلك حتى يصل إلى مرحلة من النمو تكفي لمنع التأثير الضار لهذا الحمض الأميني، وعندها يمكن العودة إلى تناول الطعام دون حمية، وبشكل عام يمكن أن يحدث هذا عندما يبلغ الطفل سنته العاشرة، أو الثانية عشر.

أما المرأة الحاملة لهذا الاضطراب فعليها معالجة نفسها بشكل فعال قبل الحمل، ووضع نفسها تحت إشراف الطبيب قبل الحمل وأثنائه لكي تحمي جنينها من الأذى.

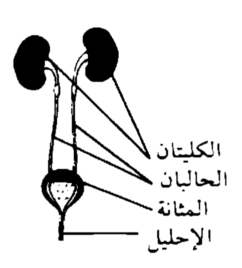
الإمساك عند الأطفال

يعتبر الطفل مصاباً بالإمساك إذا لم يتغوط لمدة ثلاثة أيام (تقريباً) أو أكثر وكان غائطه قاسياً عند التغوط.

إن أحد الأسباب الأساسية للإمساك هو خلو غذاء الطفل من الألياف، لذلك يجب التأكد أنه يتناول كميات كافية من الفواكه، والخضراوات، والقمح، بحيث يحوي غذاؤه على كمية مقبولة من الألياف. وقد يكون الطفل مصاباً بشق شرجي، يحدث ألماً مزعجاً حين التغوط، مما يدفعه للامتناع عن فعل ذلك. ومن الأسباب الأخرى للإمساك، إصابة الطفل بالأخماج الحادة، ونقص كمية السوائل التي يشربها، وزيادة التعرق لدرجة كبيرة. وهناك أسباب أخرى للإمساك، وفي كل الظروف تجب استشارة الطبيب، وعدم اعتماد المعالجة الذاتية أو إعطاء المسهلات.

- 12 -
جهاز البول والأعضاء الجنسية (Urinary tract and sex organs)

يتألف جهاز البول من كليتين (Kidneys) وأنبوبين يصلان بين الكليتين والمثانة (Bladder) هما الحالبان (Ureters)، وأنبوب ينقل البول من المثانة إلى الوسط الخارجي اسمه الإحليل (Urethra) (راجع ص 642)، وقريباً من هذه المسالك توجد الأعضاء التناسلية، وللمعلومات راجع (ص 751) و (ص 769).



إن المشاكل البولية عند الأطفال يجب أن تلقى الاهتمام من الأهل والطبيب خوفاً من تطور الحالة باتجاه القصور الكلوي (ص 658). وفيما يلي ندرس معظم هذه المشاكل.

التبول في الفراش (Bed-wetting)

حوالي (75%) من الأطفال لا يبللون فراشهم بعد ما يتجاوزون السنة الثالثة والنصف من عمرهم، والباقون يفعلون ذلك، بل إن بعضهم يبلل ثيابه أثناء النهار. وهذه الحالة يطلق عليها اسم بول الفراش أو سلس البول (Incontinence) . وإذا عاد الطفل لتبليل فراشه بعد فترة من عدم فعله ذلك فإن الحالة تسمى سلس البول الثانوي.

إن سبب سلس البول في أغلب الأحيان، وخاصة منه الثانوي، يكون نفسياً وينتج عن وجود ضغط عاطفي عند الطفل من نوع ما، لكن في بعض الحالات يكون السبب مرضياً مثل حالة السنسنة المشقوقة (ص 877)، أو إصابة الطفل بالسكري (ص 671). وهناك حالات يكون سببها مجهولاً، وهذه المشكلة تشيع بشكل عام عند الذكور أكثر منها عند الأناث، ويلاحظ تواترها في العائلة الواحدة.

العلاج: من المفضل أن يوقظ الطفل (أو يحمل إلى الحمام) وجعله يبول بعد فترة ما من نومه، بعد ساعتين أو ثلاث ساعات مثلاً. ويمكن للأهل أن يحددوا وقتاً مناسباً، ويفعلوا ذلك مع طفلهم في نفس الوقت كل يوم. وإذا كان الطفل قد أصبح واعياً بما فيه الكفاية، فمن الممكن وضع ساعة منبه في غرفته لكي توقظه يومياً، وفي وقت محدد، ويذهب إلى الحمام ويفرغ مثانته. وبالإمكان وضع ثياب نظيفة وملاءة سرير نظيفة لكي يستعملها الطفل عند الحاجة. ومع هذه الترتيبات يسمح له بشرب قليل من السوائل (خاصة المنبهات والكولا) في الفترة المسائية، فإذا لم تجدِ هذه المحاولات يستشار الطبيب. وعلى الأهل تشجيع الطفل على المحافظة على جفاف ثيابه ونظافتها، ورفع معنوياته والابتعاد عن أسلوب اللوم والتوبيخ والتحدث بالأمر أمام الغرباء، وهذه المشكلة مهما استمرت ستوقف عند البلوغ.

الأخماج البولية عند الأطفال (Urinary infections in children)

في حالة إصابة المسالك البولية عند الأطفال بالأخماج، فإن العوامل الخامجة (الجراثيم عادة) تؤثر على هذه المسالك وتسبب أعراضاً مشابهة للتي تحدث عند الكبار (راجع ص 644)، علماً أن الأخماج تصيب الفتيات خاصة في عمر المراهقة والزواج، بشكل ملحوظ.

المضاعفات: يلاحظ إصابة الأطفال أحياناً بأخماج المسالك البولية، لكن إذا تكرر الأمر عدة مرات فمن المحتمل وجود عيب ما يؤدي إلى ذلك. وفي مثل هذه الحالة يجب مراجعة الطبيب لكي لا تتطور المشكلة نحو قصور الكلية المزمن (ص 659).

العــلاج:

العلاج الذاتي: ينصح عادة بشرب كثير من السوائل، ويلفت نظر الطفل إلى ضرورة إفراغ مثانته تماماً عند كل تبويل.

العلاج الاختصاصي: يعطى المصاب المضادات الحيوية (Antibiotics) بشكل حبوب أو شراب، ويجب الاستمرار في العلاج حسب إرشادات الطبيب وإذا أظهرت الصور الشعاعية وجود خلل في المسالك البولية فعندها لا بد من تصحيح الخلل جراحياً.

التهاب كبيبات الكلية عند الأطفال (Glomerulonephritis in children)

هناك عدة أشكال من الأمراض تسمى التهاب كبيبات الكلية (راجع ص 647 للوصف العام وراجع البحث القادم). أحد هذه الأشكال يتطور عند طفل مصاب بخمج بالجراثيم العقدية (Streptococcal) كان قد ظهر على شكل تقرح في الحلق قبل أسبوعين إلى ثلاثة أسابيع، يسمى هذا المرض التهاب كبيبات الكلية العقدي أو يسمى ببساطة التهاب الكلية (Nephritis).

ينتج الجسم مواد تسمى الأجسام الضدية (Antibodies) لمقاومة الجراثيم الغازية ولكن بسبب بعض الأخطاء في جهاز المناعة في الجسم، تبقى الأجسام الضدية بعد تدمير الجراثيم، وتستمر في مهاجمة وتدمير الكليتين، فتلتهبان، وبالتالي تنقص كمية البول المطروح ويرشح الدم إلى البول.

الأعراض: تبدأ الأعراض بالظهور خلال عدة أيام، وأهمها نقص كمية البول المطروحة، في حين يكون هذا البول ذا لون أحمر مائل إلى البني بسبب احتوائه على الدم. ومن الأعراض الأخرى تجمع السوائل في الجسم فتسبب تورمات (وذمات) حول العينين وفي الوجه ويصاب بعض الأطفال بصداع وارتفاع حرارة.

المضاعفات: هذا الاضطراب نادر الحدوث، وعادة يشفى الصغير تماماً بعد العلاج، لكن أثناء الإصابة بالمرض ربما يعاني من ارتفاع ضغط دمه بشكل مثير، وذلك بسبب انحباس السوائل في جسمه مما يسبب صداعاً وقيئاً واختلاجات (ص 895). فإذا لم يعالج الطفل فوراً، أو لم تشف حالته، فإنها تؤدي بعد عدة سنوات إلى قصور كلوي مزمن (ص 659).

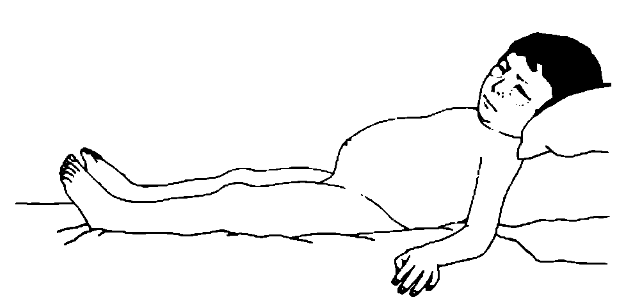
العلاج: إن التهاب كبيبات الكلية الحاد مرض يتطلب عناية طبية فورية وجيدة، ولتأكيد التشخيص يجرى فحص مخبري لبول المصاب ودمه. وعادة يتوجب جعل الطفل في حالة راحة تامة في السرير، ويجب أن يقتصر طعامه على السلطات والسوائل وقليل من البروتين، لتخفيف الجهد الواقع على الكليتين. وسيصف الطبيب للصغير مضادات حيوية (Antibiotics) لمكافحة خمج الكلية، وربما ينصح بأخذ مدرات للبول من أجل تصريف السوائل الزائدة في الجسم.

أما إذا كان عند الطفل عدة مشاكل مرضية أو مضاعفات خطيرة فلا بد من إدخاله

المستشفى، ووضعه تحت المراقبة، والعناية الطبية المستمرة، وبشكل عام تشفى الحالة تماماً خلال عدة أسابيع.

المتلازمة الكُلائية (Nephrotic syndrome)

هي اضطراب يصيب كليتي الطفل ويؤثر عليه، فوحدات التصفية الصغيرة الموجودة في الكلية والمسماة الكبيبات (Glomeruli) تتعرض للضرر أو التلف عند حدوث هذا الاضطراب، مما يسمح برشح البروتين مع البول، وكذلك تنخفض كمية البول المطروحة لدرجة كبيرة، مما يؤدي إلى تراكم السوائل في الجسم وارتشاحها إلى الأغشية الواقعة تحت الجلد.



هذا الطفل مصاب باضطراب كلوي مما أدى إلى ظهور وذمة واضحة، وقد انتفخ وجهه وتوذم بطنه وكاحلاه، وجعل في وضعية نصف الاستلقاء.

الأعراض: يوجد عرضان رئيسيان لهذا الاضطراب:

الأول: هو ظهور تدريجي لوذمات تشمل عادة كامل الجسم وتحدث بسبب انحباس السوائل فيه، ويلاحظ ذلك بشكل واضح حول العينين وفي الوجه.

الثاني: هو نقص كمية البول المطروح حتى خمس الكمية المعتادة.

المضاعفات: هذا الاضطراب قليل الشيوع، وهو غالباً يصيب الأطفال بين عمر السنة الواحدة والست سنوات، وخاصة بين السنة الثانية والثالثة من العمر.

يصبح الطفل المصاب بهذه المتلازمة ذا جسم ضعيف المقاومة تجاه الأخماج بما فيها التهاب الصفاق (ص 594)، ولكن الخطر الأكبر هو عدم شفاء الحالة رغم تطبيق العلاج، ومن ثم حدوث التهاب كبيبات الكلية (ص 647) وهذا بدوره يؤدي إلى قصور كلوي (ص 658).

العلاج: لدى مراجعة الطبيب، يطلب إجراء فحص لعينات من البول والدم لتأكيد التشخيص، وأحياناً تؤخذ خزعة من الكلية وتفحص نسيجياً زيادة في تأكيد تشخيص الحالة.

العلاج الذاتي: يجب إعطاء المصاب طعاماً خالياً من الملح، والتقيد بدقة بتعليمات الطبيب حول الوجبة الغذائية والطعام المسموح به، وكذلك التقيد بإعطائه الأدوية الموصوفة حسب التعليمات تماماً، وعادة ينصح بجعل طعام المصاب حاوياً على الكثير من البروتين.

العلاج الاختصاصي: ربما يطلب الطبيب وضع الطفل في المستشفى تحت المراقبة والعناية الطبية المستمرين، وعادة يعطى مدرات البول والأدوية الستيروئيدية لمدة ستة إلى ثمانية أسابيع تقريباً رغم أن أعراض المرض تتحسن أو تزول بعد أسبوعين من العلاج، وتشفى معظم

الحالات نهائياً لكن بعض المصابين يتعرضون لهجمات أخرى من هذا الاضطراب بعد مرور عدة أسابيع أو شهور على شفائهم، ونسبة ضئيلة منهم تتكرر عندهم الهجمات، لذلك ينصح بالاستمرار في العلاج لفترة طويلة من الزمن يقررها الطبيب.

ورم ويلم (Wilm's tumor)

يصيب هذا الاضطراب تحديداً الأطفال دون سن الخامسة من العمر، وهو ورم خبيث ينمو في إحدى الكليتين ويهدد الحياة.

الأعراض: العرض الرئيسي للحالة هو وجود كتلة قاسية في البطن، مع نقص في الشهية للطعام وانخفاض في الوزن، وفقر دم، وضغط دم عالٍ.

المضاعفات: هو مرض نادر جداً، لكن الأطفال الذين يصابون به يتعرضون لنفس مضاعفات السرطانات وأخطارها. فالخلايا الخبيثة يمكن أن تنتقل إلى أجزاء أخرى من الجسم، وتشكل أوراماً ثانوية، وهذه بدورها تكون مهددة للحياة.

العلاج: إذا شك الطبيب بوجود هذا المرض، فإنه سيطلب إجراء تصوير بأشعة (X) وتصوير (C.A.T) و (M.R.I) وربما إجراءات أخرى. فإذا ثبت تشخيص المرض فإنه لا بد من إجراء عملية استئصال كامل الكلية جراحياً (وسيعيش الطفل حياة طبيعية بكلية واحدة) ويعطى أدوية مضادة للسرطانات، وربما يجري له معالجة بالأشعة للقضاء على أي خلايا سرطانية قد تكون لا تزال موجودة.

عدم هبوط الخصيتين (Undescended testicles)

عند الأجنة الذكور، تتطور الخصيتان في بطن الجنين من نفس الخلايا الجنينية التي يتطور منها المبيضان عند الإناث. وطبيعياً، وقبل الولادة بحوالي شهر واحد تنزل الخصيتان عبر جدار البطن إلى الصفن (كيس الخصيتين) (Scrotum)، لكن نسبة ضئيلة من الأجنة، ولسبب مجهول، فإن إحدى الخصيتين، أو كلتاهما، تفشلان في النزول إلى مكانهما الطبيعي (وهذا الأمر يسميه البعض بالخصية الهاجرة) وتسببان لاحقاً آلاماً ومشاكل في التبول، وربما تترافق الحالة بوجود فتق إربي (راجع الفتوق ص 699).

عادة إذا ولد الطفل وإحدى خصيتيه، أو كلتاهما، غير نازلتين إلى كيس الصفن، فإنهما تنزلان خلال السنة الأولى من العمر ويأخذ الأمر مجراه الطبيعي، ولذلك يجب وضع الطفل تحت مراقبة الطبيب خلال هذه الفترة للتأكد من سلامة سير الحالة. أما إذا مضت السنة الأولى ولم تنزل الخصيتان إلى مكانهما وبقيتا هكذا فسوف تسببان العقم في مراحل لاحقة.

العلاج: إذا لم تنزل الخصية إلى مكانها لحين بلوغ الطفل سنته الخامسة (أو قبلها)، فإن الأمر سيتطلب إجراء عملية جراحية لإنزالها إلى مكانها، وفي نفس الوقت يصحح أي فتق

مرافق للحالة، وحالما تصبح الخصيتان في مكانهما الطبيعي تزول كافة المشاكل المتعلقة بهذا الوضع. لكن في بعض الحالات اكتشف لاحقاً أن الأطفال الذين حملوا أو أصيبوا بهذا الاضطراب قد حصل عندهم نقص في القدرة على الإخصاب.

التهاب الفرج والمهبل (Vulvovaginitis)

هي حالة يحمر فيها الفرج ويصبح حاكاً ويتقرح، وعادة تصبح منطقة فتحة المهبل رطبة أو ندية. هذا الالتهاب يصيب نسبة ضئيلة من البنات وخاصة منهن ذوات المهبل الحساس. وفي كثير من الحالات لم يعرف سبب الإصابة، وفي حالات أخرى تحدث الإصابة بأسباب خمجية ربما تنتقل من الشرج أو من الغائط، إلى المنطقة، أو بسبب تأرج الجلد للملابس الصوفية أو النايلون، أو لمانعات التعرق، أو بسبب التبول الليلي (ص 919) أو الإصابة بالديدان الدبوسية (ص 937) أو لأسباب أخرى محتملة. وهناك حالات نادرة تحدث بسبب وضع البنت جسماً غريباً في مهبلها، أو في المنطقة. وهذه الإصابة ربماتحدث في أي عمر، فتنتشر من المنطقة رائحة كريهة، وربما تحدث رغبة بالتبول المتكرر، وأحياناً يكون خروج البول مؤلماً، ومن الممكن أن ينتقل الخمج إلى المثانة.

العلاج: تعرض البنت على الطبيب وهو سيفحص مهبلها، فإذا وجد جسماً ما داخله فإنه سيزيله، وسيصف العلاج اللازم. يتوجب على الفتاة تطبيق المبادئ الصحية العامة التي منها، الاعتناء بنظافة المنطقة جيداً وتنشيفها، وعند مسحها أو تنشيفها، يجب أن يتم ذلك من المنطقة الأمامية إلى منطقة الشرج، وهذا الأمر مهم جداً، وذلك لكي لا تنتقل العدوى من الشرج إلى الفرج. ويجب غسل الشرج بالماء والصابون بعد كل تغوط وتجفيف المنطقة تماماً دون لمس منطقة الفرج، وتغيير اللباس الداخلي للبنت عدة مرات كل يوم بحيث يبقى نظيفاً ويجب أن يكون مصنوعاً من القطن الخالص، وأن يكون مريحاً وغير ضاغط على المنطقة.

ـ 13 ـ

العضلات ـ العظام ـ المفاصل (Muscles, bones and joints)

إن السبب الشائع لمشاكل العضلات والعظام، والمفاصل، عند الأطفال هو الحوادث والجروح، (راجع ص 691)، ولحسن الحظ تلتئم جروح الأطفال بسرعة عادة. لكن هناك اضطرابات أخرى تصيب الأطفال ولها علاقة بالعضلات والعظام والمفاصل ندرسها فيما يلي:

الحمى الرثوية عند الأطفال (Rheumatic fever in children)

هي مرض شائع عند الأطفال، خاصة في عمر المدرسة، وأكثر شيوعاً فيما بين السادسة والثامنة من العمر. وغالباً يتصف المرض بحدوث تورم مؤلم (وذمة) في بعض المفاصل، حيث

يبدأ المرض قبل بدء ظهور الأعراض بفترة أسبوع إلى ستة أسابيع على شكل التهاب في الحلق تسببه الجراثيم العقدية (Streptococcus)، فيفرز الجسم أجساماً ضدية (Antibodies) للقضاء على هذه الجراثيم. لكن عند بعض الأطفال تقوم هذه الأجسام الضدية بمهاجمة أغشية المفاصل أيضاً، وأحياناً تهاجم أغشية القلب، وربما تهاجم أغشية المفاصل والقلب معاً. ولا يكون لالتهاب المفاصل الحادث هذا أثر طويل الأمد، لكن التهاب أغشية القلب، أحياناً، يسبب ضرراً دائماً في صماماته.

عدد قليل جداً من الأطفال المصابين بالجراثيم العقدية تظهر عندهم الحمى الرثوية، وتزداد حالتهم سوءاً إذا كانت شروط حياتهم سيئة ورعايتهم الطبية غير كافية.

الأعراض: إذا أصيبت المفاصل كما هو موصوف سابقاً، فإن واحداً منها، على الأقل، يتورم، ويحمر، وتزداد حرارته، ويؤلم عند الحركة. وترتفع حرارة الطفل، ويفقد شهيته للطعام، ويشعر بالإنهاك، وربما يشحب لونه ويتعرق. وعادة يتراجع التهاب المفاصل بعد (24) ساعة فقط، لكن إذا لم يعالج المرض في هذه المرحلة فإن مفاصل أخرى ستلتهب بشكل مؤقت، كمفاصل الرسغين والمرفقين كما قد يلتهب المفصلان الفخذيان ومفصلا الكتفين ومفاصل الأصابع أحياناً، لكن نادراً ما تصاب المفاصل الأخرى.

إذا أصيب القلب من دون المفاصل، وكانت شدَّة الإصابة معتدلة فغالباً لا يوجد أية أعراض واضحة، بل ربما تحدث أعراض غامضة مثل التعب والشحوب والتدهور الصحي العام، لكن في الحالات الشديدة يكون العرض البارز هو توقف التنفس، وخاصة أثناء الزفير، أو عندما يستلقي الطفل على ظهره. وكذلك تتجمع السوائل تحت جلد الأرجل والظهر، وفي بعض الحالات يظهر طفح جلدي على الظهر والصدر والبطن على شكل دوائر حمراء ذات مراكز شاحبة اللون، بقطر يتراوح بين (2,5 ـ 5) سم، لكن شكلها يتغير من وقت لآخر ولا تكون حاكة.

إن العقدات، أو التورمات القليلة، تظهر أحياناً، وخاصة في حالة إصابة القلب، تحت الجلد مباشرة وفوق النتوءات العظمية مثل المرافق، والرُكب، والبراجم، وقفا الرأس، وهي ذات شكل دائري يتراوح قطره ما بين (0,5 ـ 1) سم وتبقى ثابتة وتكون غير مؤلمة.

المضاعفات: إن تحسن الوضع المعيشي والصحي للناس، واستعمال المضادات الحيوية في علاج الأخماج قد جعلا هذا المرض أقل خطورة وانتشاراً.

ففي الحالات الخفيفة والمعتدلة، فإن هجمة واحدة من الحمى الرثوية لا يحتمل أن تؤذي صمامات القلب، لكن احتمال إصابتها يزداد كلما تكررت الهجمات. وكذلك في الحالات التي تُترك فيها الأخماج الناتجة عن الجراثيم العقدية وهجمات الحمى الرثوية دون علاج. وفي الحالات الشديدة من الحمى الرثوية هناك خطر أكبر لتأذي صمامات القلب، ولحدوث قصور قلب (راجع ص 460).

عند مراجعة الطبيب، ربما يأخذ مسحة، أو عينة، من مفرزات حلق الطفل لفحصها وزراعتها مخبرياً، وكذلك يأخذ عينة من دمه لتحليلها، ويفحص قلبه بدقة متناهية، فإذا وجد أنه مصاب بهجمة رثوية، يطلب إراحته راحة تامة في السرير حتى تنتهي الهجمة، ويعطيه العلاج المناسب من مضادات حيوية، ومسكنات ألم، وخافضات حرارة، وغيرها، ويجب التقيد بالمقادير التي يحددها الطبيب. وإذا كان قلبه قد تأثر بشكل كبير، فربما يعطى مقويات القلب، ومدرات البول لتخليص الجسم من السوائل الزائدة المتراكمة فيه بسبب قصور القلب، وجعله بوضعية نصف الجلوس، وبحالة استرخاء وراحة تامة في سريره، لأن هذا الوضع يخفف من احتمال حدوث زلة تنفسية. وفي جميع الأحوال على الطفل المصاب الاستمرار في استعمال المضادات الحيوية ما دام الطبيب ينصح بذلك، لمنع حدوث هجمات شديدة، ولمكافحة أي خمج متبقٍ بالمكورات العقدية.

الحَثَل العضلي (Muscular dystrophy)

الحثل العضلي هو ضمور وضعف مستمران في العضلات، وله عدة أشكال كلها نادرة الحدوث، والشكل الأكثر مشاهدة منها هو ما يسمى بداء دوشن (Duchenne Muscular Dystrophy)، وهو عادة يبدأ قبل بلوغ الطفل سنته الخامسة، وفي البداية تتأثر عضلات الكتفين والردفين، ومع مرور الوقت ينتشر إلى كل العضلات ويسبب تخشبها ويُحدث إعاقة عند الطفل، وبعدها يصبح الصدر عرضة لأخماج خطيرة.

يصيب هذا الاضطراب فقط الأطفال الذكور (مثل مرض الناعور والعشا الليلي) وينتقل غالباً بالوراثة من خلال حامل أنثوي للمرض. وعلى الرغم من أنه مرض وراثي فإن (30 ـ 50%) من الحالات تحدث في عائلات يخلو تاريخها المرضي من هذا المرض.

الأعراض: تكون مشية الطفل متهاوية مع تباعد بين قدميه، وصعوبة في صعود الدرج ويسقط بسهولة ويجد صعوبة في النهوض، ولا يستطيع رفع يديه فوق رأسه، إلا نادراً وأحياناً تبدو العضلات المصابة أكبر من الطبيعي، وذلك بسبب تراكم الشحوم فيها مكان الألياف العضلية الضامرة. وفي معظم الحالات تصاب الأطراف والعمود الفقري بالتشوه، وتزداد الحالة سوءاً مع تقدم العمر، وعندما يصل الطفل إلى عمر المراهقة يصبح بحاجة إلى استعمال كرسي بدواليب.

العلاج: لا يوجد حتى اليوم علاج ناجع لهذا الاضطراب، لكن العلاج الفيزيائي يفيد في الحد من التشوه وازدياد الحالة سوءاً. ورغم ذلك فإن الطفل سيصبح من المعاقين، وبعدما يكبر ويصبح شاباً فإنه سيصاب بأخماج صدرية ربما تكون مميتة.

السرطان عند الأطفال

إذا اكتشف الأهل فجأة، ولأي سبب كان إصابة طفلهم بالسرطان، فعليهم تفهم ماذا يعني ذلك، ومناقشة الأمر مع الطبيب، ومن المؤكد أن السرطان، وفي الغالبية العظمى من الحالات، ليس وراثياً، ولا ينتقل بالعدوى من شخص لشخص، ولا علاقة له بطريقة حياة الطفل، ولا أحد يعرف بدقة أسبابه الحقيقية.

في معظم الحالات تتبع المعالجة الكيميائية (Chemotherapy) بالأدوية السامة للخلايا، بالإضافة إلى المعالجة بالأشعة، وعادة يجري ذلك بالمستشفى، وما على الأهل إلا التعاون مع الطبيب، والصبر، والاتّكال على الله لإبقاء المعنويات عالية دائماً، والابتسام في وجه الصغير باستمرار حتى لا يشعر بالحزن أو يبكي، وإشعاره بأن حالته، حالة مؤقتة، وقريباً سيعود كل شيء إلى وضعه الطبيعي.

يرى معظم الأطباء اليوم، أن شرح الأمر للطفل، وإفهامه حالته بطريقة معقولة، هو أمر ضروري، ويساعد على تعاون الطفل وعلى تحمله للعلاج وعلى الشفاء. ويفضل أن يقوم أحد الوالدين بفعل ذلك، فإن استحال الأمر فيمكن أن يقوم به الطبيب.

ويجب ألا ننسى أن هناك فرصة جيدة أمام الطفل للشفاء، وهذا مما يدفع لتحمل الفترة الصعبة القادمة، التي قد تستغرق عدة سنوات أحياناً. وربما يكون اتصالهم وتحدثهم مع آباء وأمهات آخرين لأبناء أصيبوا بالسرطان عاملاً مساعداً على التعامل مع المشكلة بشكل أفضل.

التهاب العظم والنقي (Osteomyelitis in children)

التهاب العظم والنقي هو خمج يصيب العظم ونقي العظم. رغم أن العظم يبدو ظاهرياً كمادة صلبة خاملة، فهو في الواقع نسيج مليء بالأوعية الدموية التي تمده بالأكسجين والغذاء اللذين يحتاجهما لتجديد نفسه، وليحافظ على استمرار حياته. فإذا حمل الدم الجراثيم، من الجروح مثلاً، إلى العظم، فإنها تبدأ عملها المخرب فيه وتخمجه، وقد يتشكل القيح مثلما يحدث في أي خمج آخر، وفي أي مكان آخر من الجسم. إن سبب إصابة العظم بالخمج غير معروف، وعادة تصاب عظمة واحدة بهذا الالتهاب وغالباً يكون بالقرب من أحد المفاصل، لكن عند الأطفال، وفي حالات نادرة، قد تصاب أكثر من عظمة واحدة بالخمج.

الأعراض: تتطور أعراض الحالة خلال يومين إلى ثلاثة أيام، ويكون العَرَض الرئيسي لها وجود ألم شديد في المنطقة المصابة، خاصة إذا جرى ثني المفصل القريب منها، ويمتنع الصغير المصاب عن تحريك ذراعه، أو رجله، في حال إصابتهما، ويصرخ من الألم بمجرد لمس الطرف أو تحريكه، وإذا كانت رجل الصغير هي المصابة فإنه يمتنع عن المشي أيضاً، وإذا أُجبر على فعل ذلك، يبدو أعرجَ.

يترافق الألم المبرِّح مع الضعف العام، وارتفاع الحرارة لدرجة عالية، وإذا أُهملت الحالة بدون علاج لمدة يوم، أو يومين آخرين، فإن الجلد فوق المنطقة المصابة يصبح أحمر، ومتورماً، وطرياً.

المضاعفات: ليس التهاب العظم والنقي من الأمراض الشائعة، وهو يصيب غالباً الأطفال ما بين الخامسة والرابعة عشر من عمرهم، ويصيب الذكور أكثر من الإناث. ولكن إذا أهمل علاج المصاب فقد تنتقل الجراثيم إلى دمه، وتتكاثر فيه، محدثة «تسمم الدم» (راجع ص519). وهناك احتمال أن ينتشر الخمج إلى المفصل المجاور، مما يسبب مستقبلاً تيبس المفصل، أو تشوهه. وقد يمتد عبر النسيج باتجاه سطح الجلد، فيبدو وكأنه خراج مملوء بالقيح قد انفتح، وهذا الخراج لا يشفى عادة إلا إذا عُولجت حالة التهاب العظم والنقي.

العلاج: عند مراجعة الطبيب، وحتى يتأكد من تشخيص هذه الحالة قد يطلب إجراء فحص للدم، وصوراً شعاعية للمنطقة المصابة، ومع أن التهاب العظم والنقي مرض نادر الحدوث، لكن الوقاية منه ممكنة وذلك بتنظيف الجروح وتضميدها والاعتناء بها لحين الشفاء.

يكون العلاج الأساسي باستعمال المضادات الحيوية (Antibiotics) التي يمكن أن تعطى بشكل حبوب أو شراب، أو حقن، وعادة يستمر هذا العلاج لمدة ستة أسابيع. وإذا وجد الطبيب أن ذلك ضرورياً فقد يجري عملية جراحية بسيطة لتنظيف وتجفيف الخراجات، وفي بعض الحالات قد يقرر تثبيت الطرف المصاب لفترة من الزمن، وحالما يشفى الخمج يستطيع الطفل ممارسة بعض نشاطاته، ولكن يجب الاستمرار في إعطائه المضادات الحيوية، وإجراء التمارين الفيزيائية للطرف المصاب حسب إرشادات الطبيب.

التهاب المفاصل الرثياني عند اليافعين (Juvenile rheumatoid arthritis)

يعتقد أن لهذا الاضطراب علاقة بآلية مناعة الجسم، فالأجسام الضدية (Antibodies) التي يولدها الجسم لمحاربة العوامل الخامجة الغازية، تقوم بمهاجمة أغشية الجسم وتسبب التهاب الأعضاء، والمفاصل، وأجزاء أخرى من الجسم، وهذا المرض الذي يصيب الأولاد بين سن الثانية والخامسة، ويعاود الظهور بين الحين والحين، في هجمات مرضية تستغرق مدتها عدة أسابيع، وتميل شدتها نحو التلاشي، يختفي نهائياً في سن البلوغ.

الأعراض: تكون حرارة الطفل في الصباح في الحدود العادية تقريباً، وترتفع في المساء حتى (39,4) درجة مئوية، وتخف شهية الطفل للطعام، ويظهر طفح على شكل بقع حمراء فوق الجذع والأطراف، وغالباً يحدث فقر دم، كما تحمر صلبة العينين، كلتاهما أو إحداهما، وتصبح العين المحمرة مؤلمة، وقد تتورم العقد اللمفاوية في العنق، أو قد يلتهب الغشاء الخارجي للقلب، ويسبب ألماً في الصدر ويتورم الكاحلان والمرفقان والمفاصل وتصبح العنق متيبسة ومؤلمة، تدريجياً، أو فجأة. وبعض الحالات تؤدي إلى تشوه المفاصل بعد عدة سنين من الإصابة.

المضاعفات: هذا المرض غير شائع ويصيب الإناث أربعة أضعاف إصابته الذكور وهو يؤدي أحياناً إلى إعاقة، أو تشوه جزئي في المفاصل والتهاب في العينين قد يؤدي إلى العمى الجزئي، أو الكلي.

العلاج: عادة يكتفي الطبيب بفحص المصاب وفحص دمه، لتأكيد إصابته بالمرض، وفي حالة تورم المفاصل قد يلجأ لأخذ خزعة من الغشاء الذي يغلف المفصل لفحصها وتحليلها.

العلاج الذاتي: يجب أن يحصل الطفل على راحة كافية في السرير، وأن يتناول طعاماً مغذياً ومتوازناً (راجع ص 29) ويحوي على كثير من البروتين.

العلاج الاختصاصي: علاج هذه الحالة عند الصغار شبيه بعلاجها عند الكبار (ص 720) كتناول الأسبرين ومضادات الالتهاب (Anti-inflammatory) وإجراء المعالجات الفيزيائية عند الحاجة، خاصة للأطراف لأنها تلعب دوراً فعالاً في تخفيف الألم والإعاقة.

وبشكل عام تشفى معظم الحالات، ولكن أحياناً قد يصاب الطفل ببعض الإعاقات وفي حالات نادرة قد يكون المرض مميتاً.

الأقدام المسطحة والأرجل المقوسة والركب الرّوْحاء[1]

تتعرض أقدام وأرجل الأولاد للتغيير اعتباراً من الوقت الذي يبدأون فيه تعلم المشي، وحتى بداية مرحلة البلوغ. فالأقدام المسطحة، والأرجل المقوسة، والركب الرَّوْحاء، كلها مراحل يمر عبرها أغلب الأطفال بدرجات مختلفة من دون أن تلقى أي اهتمام من قبل الأهل.

تكون الأقدام عند الولادة مسطحة ثم ينمو التقوس خلال السنوات الست الأولى من العمر. وحتى في سن الثانية تميل أرجل الطفل للتقوس ويتلامس الكاحلان مع بعضهما بينما لا تتلامس الركب أبداً. وحالما يبدأ الطفل بتعلم المشي فإن هذا الميل يتراجع في سن الثالثة أو الرابعة، وتميل ركبتاه لأن تصبحا رَوْحاءتين. فعندما يقف الطفل على رجليه لا تتلامس كاحلاه أبداً. وخلال السنوات القليلة القادمة تبدأ ركبتا الصغير وكاحلاه بالانتظام، وفي سن المراهقة يصبح الوضع طبيعياً.

أقدام طبيعية

أقدام مسطحة

في عمر أربع سنوات

في عمر 18 شهر

في الغالبية العظمى من هذه الحالات الثلاث لا يحتاج الأمر لأي علاج، بل يكفي التنبه إلى أن الطفل يرتدي حذاءاً مريحاً، ومناسباً لقدمه. وبشكل عام فإن واحدة من هذه الظواهر الثلاثة، أو أكثر، تستمر مع الصغير، ويكون سببها وراثياً عادة، ونادراً ما تنتج عن سبب مرضي.

(1) الركبة الرَّوْحاء: تعني انحناء الرجل أو تقوس الرجل نحو الداخل بحيث تتلامس الركبتان ويبتعد الكاحلان عن بعضهما.

- 14 -

الأمراض الخَمَجيَّة الطفولية (Childhood infectious diseases)

الأمراض الخَمَجيَّة تسببها عوامل خامجة تدخل الجسم وتتكاثر فيه، وبعضها يصيب الأطفال، ويترك بعد الشفاء مناعة تجاهها، بحيث لن يصاب الطفل بها مرة أخرى أبداً، مثل الحصبة، والحصبة الألمانية، والحماق، والسعال الديكي، والنكاف، والحمى القرمزية والخناق. وكل هذه الأمراض ما عدا الحماق، والحمى القرمزية، يمكن الوقاية منها باللقاح. (لمعرفة المزيد عن الأمراض الخمجية التي تصيب جهاز التنفس راجع ص 903).

إن جميع الأمراض الخمجية، التي سندرسها في هذا البحث، تنتقل بالعدوى من الشخص المصاب إلى الشخص السليم بواسطة السُعال والعُطاس والمُلامسة. والعوامل الخامجة المسببة لها تستطيع العيش خارج جسم الإنسان لعدة ساعات فقط، وهي تدخل جسم الإنسان عبر بطانة جهاز التنفس والمجاري الهضمية، وبعد دخولها تستغرق مدة اسمها (فترة الحضانة) قبل أن تبدأ أعراض المرض بالظهور. وأثناء هذه المرحلة لا يكون الطفل المصاب ناقلاً العدوى إلى الآخرين، في أغلب الأحيان، بل الذي يحدث أثناءها أن الجراثيم تبدأ بالتكاثر والتوغل في الجهازين، الدموي واللمفاوي، ثم تبدأ الأعراض بالظهور، ويصبح المرض معدياً. وفي هذه الأثناء يدافع الجسم عن ذاته تجاه الخمج بكل وسائله، ومنها تصنيع الأجسام الضدية (Antibodies) التي تقاوم العناصر الخامجة وتدمرها، وهذه الأجسام الضدية ليست واحدة في جميع الأمراض بل لكل عامل ممرض أجسام ضدية خاصة به. وحالما يتعرض الجسم لأي عدوى بمرض خمجي، سبق أن أصيب به، فإن الأجسام الضدية تبدأ بتدمير العوامل الخامجة، قبل ظهور أعراض المرض، وتقضي عليها، وهذه هي المناعة التي تحصل في الجسم ضد بعض الأمراض، مثل الحصبة، والحصبة الألمانية والنكاف وغيرها وهذا ما يطلق عليه اسم المناعة الطبيعية للجسم.

وعليه فإن الجسم يستطيع أيضاً أن يشكل الأجسام الضدية إذا حقن بدفعة من العوامل الخامجة، غير الممرضة، والتي جرى تحضيرها مسبقاً، وهذا هو اللقاح (راجع اكتساب المناعة ص 936).

الحَصْبة (Measles)

الحصبة مرض شديد العدوى يسببه ڤيروس (Virus) ينتشر عبر الجسم ويصيب بشكل رئيسي الجلد، وجهاز التنفس. وبسبب نظام التحصين المطبق بحزم في كثير من بلدان العالم فقد أصبحت نسبة الإصابة الآن أقل مما كانت عليه في السابق.

إن مرض الحصبة واسع الانتشار بين الأطفال، وله مضاعفات كثيرة، مثل ذات الرئة (ص 906) والتهاب الدماغ (ص 297)، ونادراً التهاب السحايا (ص 896).

الأعراض: تظهر بوادر المرض إثر التعرض للعدوى، بعد فترة حضانة تتراوح بين أسبوع إلى أسبوعين، حيث يصاب الطفل في اليوم الأول والثاني بحمى، وتسيل مفرزات غزيرة من أنفه وتحمر عيناه وتدمعان ويسعل سُعالاً جافاً وأحياناً قد يصاب بالإسهال، ثم تخف الحرارة في اليوم الثالث وتظهر بقع بيضاء تشبه حبيبات الملح على بطانة الفم. وفي اليوم الرابع والخامس تعود الحرارة لترتفع ثانية، وثم تظهر علامات الطفح الجلدي، حيث تبدأ في الجبهة وخلف الأذنين، على شكل بقع حمراء صغيرة (2 ـ 3) ملم ذات بروز طفيف، ثم تنتشر هذه البقع تدريجياً إلى بقية أنحاء الجسم، وأثناء انتشارها يزداد حجمها وينضم بعضها إلى بعض، وفي اليوم السادس تبدأ البقع بالاختفاء بسرعة، وتزول الأعراض نهائياً في اليوم السابع، بشكل عام.

يشتكي بعض الأطفال المصابين بالحصبة من إزعاج الضوء لأعينهم، وهذه أعراض غير مخيفة لكن لا مانع من ذكرها للطبيب.

العلاج: يراجع الطبيب فور الشك بالإصابة، فإذا تأكد أن الطفل مصاب بالحصبة فلا بد من عزله.

العلاج الذاتي: هناك طرق عديدة لإراحة الطفل المريض لمنع أي أخطار محتملة. بسبب كون الحصبة معدية بشدة فليس من الممكن اتخاذ الإجراءات اللازمة لمحاولة منع أفراد العائلة غير الملقحين من الإصابة.

العلاج الاختصاصي: إن الوقاية بالتحصين (التلقيح) مهمة جداً لتجنب الإصابات، لكن إذا أصيب أحد أفراد العائلة بالمرض فلا بد من مراجعة الطبيب وهو سيحاول تخفيف وطأة الإصابة بوصفه بعض العلاجات الداعمة، أو بإعطاء حقنة من الأجسام الضدية (Antibodies) لزيادة مقاومة الجسم (حقنة غاما غلوبولين Gammaglobulin)، مع العلم أن المضادات الحيوية (Antibiotics) لا تساعد على الشفاء أبداً، ولا يصفها الطبيب لمريض الحصبة إلا إذا وجد ضرورة لذلك ولأسباب أخرى (غير الحصبة). وفي كل الأحوال، تشفى الحصبة بعد سبعة إلى عشرة أيام.

الحَصْبة الألمانية (الحُمَيْراء) (German measles)

هي مرض معدٍ يسببه ڤيروس الحُميراء، وهومرض خمجي خفيف جداً، إذ لا يسبب عند الأطفال المصابين أكثر من إزعاج بسيط كالإزعاج الذي يحدثه الزكام.

الأعراض: تبدأ الأعراض بالظهور إثر التعرض للعدوى بعد فترة حضانة تدوم من (14 ـ 21) يوماً، إذ يلاحظ على الطفل في اليومين التاليين ارتفاع بسيط في درجة الحرارة، وقد تتضخم عقده اللمفاوية خلف الأذن، وبجانب الرقبة، وعلى النقرة، ثم يظهر طفح جلدي في اليوم الثاني والثالث بشكل بقع سطحية أرجوانية محمرة، قطرها حوالى (2 ـ 3) ملم تظهر أولاً على الوجه والرأس ثم تنتشر إلى كافة أنحاء الجسم، وهذا الطفح غير شديد، ويدوم ليوم أو يومين فقط، وبعد أربعة إلى خمسة أيام تبدأ الأعراض بالتراجع.

المضاعفات: إن الحصبة الألمانية أقل شيوعاً من الحصبة، وهي ليست شديدة العدوى مثل الحصبة، لذلك فإنها لا تنتشر في المدرسة بنفس طريقة انتشار الحصبة. ونظراً إلى أن الحصبة الألمانية من فئة الأمراض الخفيفة فإنها تحتاج إلى القليل من المعالجة النوعية. وعلى الرغم من أن المضاعفات الخطرة نادرة جداً فمن المعروف أن أهم تلك الأخطار هي ما يصيب الجنين في رحم أمه من تشوهات، إذا أصيبت المرأة الحامل بالمرض. لذلك يجب ابتعاد الحوامل عن المصابين بالحصبة الألمانية، إلى ما بعد الشفاء بفترة كافية، مع العلم أنه يتوافر اليوم لقاحٌ خاص يحمي من الحصبة الألمانية. لذلك ينصح بتلقيح كل الأطفال، وكل النساء في سن الحمل اللواتي لم يلقحن سابقاً، أما اللواتي أصبن بالمرض في مرحلة سابقة فلا حاجة لتلقيحهن. وإذا كانت المرأة في شك من الأمر فبإمكان الطبيب أن يأخذ عينة من دمها ويفحصها مخبرياً للتأكد من إصابتها سابقاً أم لا.

الحُماق(*) (Chickenpox)

مرض معدٍ يسببه فيروس خاص، وهو نفس الفيروس الذي يسبب الحلأ النطاقي، (ص 738). ويظهر المرض بشكل عام على الجلد وبطانة الفم والحلق بعد فترة حضانة تمتد من (7ـ 12) يوماً.

الأعراض: العرض الأول والرئيسي للحُماق هو الطفح، حيث تظهر مجموعة بقع صغيرة، حمراء وممتلئة بسائل، على أجزاء عديدة من الجسم، وتكون حاكة ومن الصعب مقاومة حكها، في حين تكون البقع في الفم، وحول العينين وفي المهبل مؤلمة جداً.

يمكن أن يصاب الطفل بحمى خفيفة ولكن لا يبدو مريضاً بشكل عام. أما البالغون الذين يصابون بالمرض فإنهم يصابون أيضاً بأعراض الأنفلونزا (Influenza) (ص 733) لمدة يومين أو ثلاثة أيام قبل أن يختفي الطفح.

يشفى الأطفال خلال (7 ـ 10) أيام، لكن البالغين يتعرضون لمضاعفات المرض، ويعانون أكثر، ويستغرق المرض عندهم فترة أطول حتى يشفى.

المضاعفات: إن مرض الحُماق شائع جداً، ومعدٍ بين الأطفال، لكنه نادر عند البالغين. وإذا حك المصاب البقع بشدة فإنها ربما تتقيح. وإذا كشطها فربما تترك مكانها ندباً بعد الشفاء.

العلاج: يمكن دهن البقع بمرهم مرطب لتخفيف الحكة، وربما ينصح الطبيب في الحالات الشديدة أخذ دواء مضاد للهيستامين لتخفيف الحكة، كما يمكن أخذ مسكن للألم إذا كان الألم

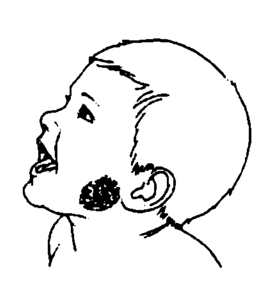
(*) يسميه البعض جدري الماء أو أبو خريون.

مزعجاً. وينصح بعدم إعطاء الطفل المصاب بالحُماق الأسبرين أبداً، لأنه على ما يبدو يستحث إمكانية حدوث مرض مميت يعرف باسم متلازمة راي (894)، علماً أنه قد توافر حالياً له لقاح خاص.

النُكاف(*) (Mumps)

النُكاف مرض خمجي شائع يسببه ڤيروس (Virus) يصيب الغدة النكفية (هي غدة لعابية ـ تفرز اللعاب ـ تقع فوق زاوية الفك الأسفل، وتحت شحمة الأذن مباشرة).

الأعراض: تبدأ الأعراض بالظهور بعد التعرض للعدوى بفترة حضانة تمتد من (14 ـ 28) يوماً، فتتضخم إحدى الغدتين النكفيتين، ويترافق ذلك بارتفاع درجة الحرارة، وإسهال، ووهن، وشعور عام بالتوعك، وقد ينحصر المرض في غدة نكفية واحدة، لكنه عادة يصيب الغدة الأخرى، وتبدأ الأعراض بها بعد يوم واحد، أو أكثر، من بدء ظهور الأعراض في الغدة الأولى. ونادراً ما ينتقل هذا الالتهاب إلى الغدد اللعابية الأخرى، الواقعة تحت الفك السفلي، فتتضخم هي الأخرى، وتصبح مؤلمة، خاصة أثناء فتح الفم أو مضغ الطعام.



إن الطفل الذي يُصاب بالنكاف يظهر لديه تورم مؤلم ما بين الأذن وزاوية الفك السفلي.

المضاعفات: النُكاف مرض خمجي شائع في الطفولة، ينتقل من المصاب إلى السليم بواسطة السُعال والعُطاس، حيث يحمل الرذاذ المتطاير الڤيروس، وينقله للآخرين، لكنه ليس مرضاً شديد العدوى. وبشكل عام أصبح هذا المرض أقل مشاهدة بسبب وجود لقاح مضاد له، يستعمله الأطباء اليوم على نطاق واسع.

إن أهم مضاعفات هذا المرض هو ضخامة الخصيتين والتهابهما، عند الذكور (البالغين خاصة)، والمبيضين عند الإناث، وهو يحدث عموماً بعد ثلاثة أو أربعة أيام من تضخم الغدة النكفية، وإذا حدث ذلك فإن الذكر يلاحظ وجود ضخامة في خصيتيه، قد تكون مؤلمة جداً، وتستمر لمدة يوم أو يومين، أما البنت فإنها تشعر بانزعاج في أسفل بطنها، ثم وبعد عدة أيام تتراجع الضخامة ويزول الألم، ولا تترك أية مضاعفات، لكن في بعض الحالات النادرة قد يسبب ذلك عقماً دائماً عند كلا الجنسين.

ومن مضاعفاته أيضاً الإصابة بذات السحايا والتهاب البنكرياس (Pancreatitis) الذي يتظاهر بشكل شعور بالألم في البطن يتراجع بعد يومين أو ثلاثة أيام.

العلاج: إن النُكاف بشكل عام مرض بسيط يشفى خلال عشرة أيام عادة، ولكن ينصح

(*) يسمى في بعض المناطق باللهجة الدارجة (أبو كعب).

المصاب باللجوء إلى الراحة التامة في البيت، وتناول مسكنات الألم، ومراجعة الطبيب إذا شعر بالحاجة إلى ذلك.

الشاهوق (السُعال الديكي) (Whooping cough)

السعال الديكي مرض ينتقل بالعدوى، تسببه جرثومة اسمها البورديتيلية الشاهوقية (Bordetella Pertussis) ويصيب جهاز التنفس بشكل رئيسي بعد فترة حضانة تستمر حوالي (7 ـ 14) يوماً، فيسبب انسداد مجاري الهواء بمفرزات المخاط الكثيف التي تنتج عن الخمج، وفي محاولة من الرئتين لطرد هذا المخاط تحدث هجمات شديدة من السعال.

الأعراض: أعراض هذا المرض المبكرة شبيهة بأعراض الزكام (ص 406)، فيسيل الأنف، ويكون السعال جافاً، وتكون الحمى خفيفة. لكن الأعراض هنا لا تتحسن بعد عدة أيام كما يحدث في حالة الزكام، بل تزداد سوءاً، وتصبح السوائل الأنفية أشد كثافة، وهجمات السعال أكثر حدَّة. وقد تستغرق النوبة الواحدة مدة دقيقة كاملة، وبسبب انقطاع تنفس الطفل أثناء نوبة السعال فإن لونه يصبح أحمر غامقاً، أو ربما أزرقَ بسبب نقص الأكسجين في الدم. وبعد انتهاء الهجمة يُحدث تنفس الطفل صوتاً خاصاً، يشبه صوت الديك، وهذا ما أعطى المرض اسمه، مع ملاحظة أن هذا الصوت، أو هذا الضجيج، يكون عند الأطفال الصغار أقل منه عند الأطفال الأكبر سناً، وفي كثير من الأحيان قد يتقيأ الطفل بعد هجمة السعال. وتستمر النوبات ما بين أسبوعين إلى عشرة أسابيع ثم تبدأ بالتراجع التدريجي ويخف التقيؤ لكن السعال بحد ذاته قد يستمر لعدة شهور.

المضاعفات: يتوافر اليوم لقاح فعال ضد السعال الديكي، لذلك أصبح هذا المرض قليل المشاهدة، فعلى الأهل ألا يغفلوا إعطاء أولادهم هذا اللقاح. وإذا حدث أن أصيب أحد الأبناء بالسعال الديكي، فيجب ألا يهمل لأن المضاعفات قد تكون خطيرة، حيث قد ينفجر أحد أوعية الدماغ بسبب نوبة السعال الشديدة، أو، وفي حالات نادرة جداً، قد تحدث الوفاة، أو يحدث تلف في الدماغ، وقد يصاب الطفل بذات الرئة.

العلاج: إن الطفل الملقح ضد السعال الديكي، قد يصاب بهذا المرض، فإذا حدث ذلك، فإن الأعراض تكون خفيفة المضاعفات غير خطرة. أما إذا حدث أن الطفل أصيب بالسعال الديكي، وكان المرض شديد الوقع عليه رغم أنه قد لقح سابقاً فيجب عرضه على الطبيب فوراً.

العلاج الذاتي: يجب ألا يعطى المصاب مسكنات للسعال (مانعات السعال) حتى لو كان يعاني من شدة النوبة، لأن ذلك يحول دون طرح المخاط المتراكم في الرئتين إلى الخارج فيسد مجرى الهواء فيهما. ولكي لا يتقيأ الصغير بشدة يطعم عدة وجبات خفيفة أثناء اليوم،

بدلاً من ثلاث وجبات ثقيلة، ولا يطعم أبداً بعد نوبة السعال مباشرة. ويجب أن يحصل على راحة كافية، ويشجع على الصمود، ويوضع في غرفة مريحة ذات هواء دافئ ونظيف.

العلاج الاختصاصي: يصف الطبيب عادة المضادات الحيوية (Antibiotics) وإذا وجد أن نوبات السعال شديدة جداً فقد يطلب إنشاقه الأكسجين في المستشفى أو في المنزل.

مقارنة أعراض الأمراض الإنتانية:

المرض	فترة الحضانة	الحمى	الطفح الجلدي	تورم الغدد	السعال
الحصبة	7 ـ 14 يوماً	5 ـ 6 أيام	4 أيام بقع حمراء حاكة	خفيف	يوم واحد
الحصبة الألمانية	14 ـ 21 يوماً	يوم أو يومان حمى خفيفة.	يومان أو ثلاثة أيام سطوح وبقع حمراء خفيفة الإحمرار.	يوم واحد العنق وخلف الرأس.	لا يوجد
الحُماق	7 ـ 21 يوماً	خفيفة.	يوم واحد مجموعات من البقع المتهيجة الحمراء تصبح بعدها حويصلات.	لا يوجد	لا يوجد
النكاف	14 ـ 28 يوماً	يوم واحد	لا يوجد	جانب واحد أو جانبي الوجه.	لا يوجد
السعال الديكي	7 ـ 14 يوماً	أسبوع	لا يوجد	لا يوجد	أسبوع واحد من السعال العادي، ثم تسوء حالة السعال لمدة أسبوعين، وتصبح هجمات السعال حادة ويصدر تنفس الطفل صوتاً يشبه صوت الديك.

الحمى القرمزية (Scarlet fever)

تدخل الجراثيم العقدية (Streptococcus bacteria) إلى الجسم عبر الحنجرة، أو الحلق، وتسبب هجمة التهاب لوزات (ص 903). فإذا أهمل علاج الحالة فإن الجراثيم تتكاثر وتنتج ذيفاناً (Toxin)، أو سماً (Poison)، يجول في الدم. وبعد فترة تتراوح بين يوم واحد وسبعة أيام تصبح كميته كافية لإحداث أعراض الحمى القرمزية.

الأعراض: تختلف قليلاً أعراض المرض بين حالة وأخرى، فقد تتطور عند الطفل، وخلال يوم واحد، حالة حمى عالية حتى (40) درجة مئوية، ويصبح حلقه أحمر وملتهباً وكذلك لوزتاه، ويتشقق لسانه (راجع ص 569) وأحياناً تظهر طبقة بيضاء تغطي اللوزتين وقد يحدث التقيؤ، أو ربما، وخلال يوم أو يومين، يظهر طفح أحمر قرمزي على وجه الطفل، ما عدا المنطقة حول الفم، وفي اليوم الثالث يمتد الطفح ويشمل بقية الجسم والذراعين والرجلين، وأثناء ذلك تبدأ حرارة الطفل بالانخفاض، ويصبح لون لسانه فاتحاً، وفي اليوم السادس يختفي الطفح ويبدأ الجلد واللسان بالتقشر، وهذا يترك مكانه سطوحاً حمراء، على

شكل صفوف منتظمة، ومن الممكن أن يستمر التقشر لمدة تتراوح بين (10 ـ 14) يوماً.

إن الحمى القرمزية قليلة المشاهدة، والخطران الرئيسيان عنها نادرا الحدوث، وهما الحمى الرثوية (ص 923) والتهاب كبيبات الكلية (ص 920).

وفي حالة الشك بإصابة طفل بالحمى القرمزية، يجب عرضه على الطبيب وهو سيصف له المضادات الحيوية اللازمة، وما على الأهل إلا إعطاؤه الدواء كاملاً، وحسب إرشادات الطبيب، وبذلك يتوقع له الشفاء التام من دون أية مضاعفات جانبية.

الخُنَّاق (Diphtheria)

الخناق أو الدفتريا مرض يختلف عن مرض الخانوق المدروس (ص 905)، فهو مرض خطير لا زال يحدث في بعض المناطق من العالم. ولكن هناك برنامج تلقيح شامل مطبق عالمياً على نطاق واسع جداً، لذلك من الضروري جداً تحصين جميع الأطفال باللقاح المضاد للخناق حسب سلسلة جرعات مقررة والتي تعطيه مناعة طوال العمر.

الأعراض: تضم الأعراض ارتفاع حرارة الصغير (حمىً) وسرعة نبضان قلبه وتضخم العقد اللمفاوية في العنق وأحياناً إفراغ مفرزات صفراء كثيفة من الأنف، وأهم الأعراض هي شحوب غشاء الحلق واللوزتين، وهذا الغشاء يمكن أن يتضخم لدرجة تسبب الخانوق (راجع ص 905)، أو أنه يمنع التنفس.

العلاج: يعطى الطفل المصاب مضادات حيوية قوية (Antibiotics) ومضادات الذيفان (Antitoxins)، وقد يضطر الطبيب إلى إجراء خزع رغامي لتأمين استمرار تنفس الطفل إذا انسد مجرى الهواء (لذلك ينصح بإدخال الطفل إلى المستشفى للعلاج). أما تأذي القلب والكليتين والجهاز العصبي بسبب الذيفان المتراكم في الجسم فإنه قد يؤدي إلى الوفاة أو أحياناً إلى الإصابة بإعاقة دائمة.

السل (أو التدرن) عند الأطفال (Tuberculosis in children)

السل مرض نادر في هذه الأيام، وهو يحدث في مرحلتين، المرحلة الأولى تصيب الأطفال وتتطور عند البالغين والشباب، والمرحلة الثانية تصيب الكبار (راجع ص 739).

إذا ظهر على الطفل أعراض تتصف بالسُعال والحمى والإعياء وضعف الشهية للطعام ونقص وزن أو ظهور أي كتل فيجب أخذه إلى الطبيب. وكذلك إذا كان على تماس مباشر مع شخص مصاب بالسل فخذيه إلى الطبيب، والطبيب سيجري له فحصاً خاصاً بحقن مادة تحت جلده وإجراء صورة شعاعية لصدره، فإذا أثبتت الفحوصات إصابته بالسل فإنه سيحتاج إلى علاج طويل الأمد بمضادات السل.

كيفية الاعتناء بطفل مصاب بمرض خمجي

مضاعفات المرض الخمجي: بداية نذكر أن الأمراض الخمجية، وفي بعض الحالات النادرة، ربما تكون سبباً في حدوث التهاب الدماغ (ص 297) عند الطفل المصاب. وهذا الاضطراب يتصف بشعور المريض بالوسَن، أو بالحاجة الشديدة جداً للنوم، وصداع، وحساسية تجاه النور القوي، وربما فقدان الوعي. وهو مرض خطير يحدث عادة بعد أسبوع من الإصابة بالمرض الخمجي الأساسي.

تتضمن المضاعفات الأخرى حدوث اختلاجات ناتجة عن الحمى (ص 895) وخمج الأذن الوسطى الحاد (ص 393)، وخمج المجاري التنفسية مثل ذات الرئة (ص 906).

حالات خاصة: هناك أطفال يكونون معرضين بشكل خاص لأخطار، وتعقيدات، تنتج عن إصابتهم بالأمراض الخمجية، كالأطفال الرضع، وجميع من هم دون السنة من عمرهم، والذين يتناولون دواءً ستيروئيدياً (Steroid)، والمصابين بأمراض مزمنة مثل السكري والربو والتليف الكيسي.

عند الشك بأن الطفل مصاب بمرض خمجي يعرض سريعاً على الطبيب، وهو سيصف له العلاج اللازم، وربما يعطيه حقناً تحوي أجساماً ضدية للمرض (Antibodies) الذي أصابه تسمى (Gamma globulin) إذا وجد أن ذلك ضروري، وسيقدم الإرشادات التي تساعد الطفل على الشفاء وتخفف عنه شدة المعاناة.

رعاية الطفل المريض: هناك مجموعة إجراءات تخفف عن الصغير معاناته وتجعله مرتاحاً أكثر، منها:

- جعله في حالة راحة، وعدم مغادرته المنزل أو اللعب خارجه حتى يستعيد عافيته، ويسمح له الطبيب بذلك.
- إذا ارتفعت حرارة الصغير يستشار الطبيب، وهو سيصف له دواءً خافضاً للحرارة ويمنع إعطاءه الأسبرين، خوفاً من إصابته بمتلازمة راي (ص 894).
- يجب ألا يجبر الصغير على تناول المزيد من الطعام، بل يمكن الاكتفاء بوجبات بسيطة مغذية.
- لا يفرض عليه عدم مغادرة سريره، بل يترك يمارس بعض النشاطات البسيطة التي لا تجهده (داخل المنزل)، أو ربما يشاهد التلفزيون.
- يعطى الكثير من السوائل.
- يجب الالتزام بإعطاء الأدوية في مواعيدها، وحسب إرشادات الطبيب تماماً.

اكتساب المناعة

يكتسب الإنسان المناعة بطريقتين رئيسيتين:

- **الطريقة الأولى**: هي المناعة المكتسبة نتيجة الإصابة بأمراض معينة، مثل المناعة الحاصلة بعد الإصابة بالحصبة مثلاً، ففي هذه الحالة، يشكل جسم الإنسان أجساماً ضدية لمجابهة العوامل الخامجة (وهي فيروس الحصبة في مثالنا)، وبعد شفائه منها، تبقى هذه الأجسام الضدية في دمه، فإذا تعرض مرة أخرى لنفس العوامل الخامجة (فيروس الحصبة هنا)، فإن الأجسام الضدية الموجودة في دمه تقوم بمهاجمة تلك العوامل وتفتك بها فور دخولها للجسم مما يحول دون الإصابة بالمرض. وهذا النوع من المناعة الذي يستمر مدى الحياة يسمى المناعة الطبيعية.

ـ **الطريقة الثانية**: هي المناعة المكتسبة بواسطة التلقيح، وفي هذه الحالة، يحقن الإنسان بمستحضرات سابقة التحضير تحوي عوامل خامجة ميتة أو قليلة الفعالية، فيولّد الجسم أجساماً ضدية خاصة بهذه العوامل مما يكسبه مناعة ضد المرض الذي تسببه تلك العوامل ولفترة زمنية تختلف مدتها حسب العامل الخامج (قد تكون مؤقتة أو دائمة).

هناك نوع من المناعة تؤمنها الأجسام الضدية التي يحملها الجنين من دم أمه، ويستمر مفعولها حتى يصبح عمره حوالي ستة أشهر.

نورد فيما يلي جدولاً يبين أهم اللقاحات التي تعطى للأطفال لتمنيعهم ضد الأمراض المعدية

اللقاح	عمر الطفل	الطريقة	اللقاح	عمر الطفل	الطريقة
لقاح ضد مرض السل	الأسابيع الأولى من العمر	بواسطة الحقن	لقاح ضد الخانوق والكزاز وشلل الأطفال	5 سنوات	عن طريق الفم والحقن
لقاح ضد الخانوق والكزاز والسعال الديكي وشلل الأطفال	3 ـ 6 أشهر	عن طريق الفم والحقن	لقاح ضد مرض السل	10 ـ 13 سنة	بواسطة الحقن
لقاح ضد الخانوق والكزاز والسعال الديكي وشلل الأطفال	6 ـ 8 أشهر	عن طريق الفم والحقن	لقاح ضد الحصبة الألمانية	13 ـ 14 سنة (للإناث)	بواسطة الحقن
لقاع ضد الخانوق والكزاز والسعال الديكي وشلل الأطفال	10 ـ 14 شهراً	عن طريق الفم والحقن	لقاح ضد الكزاز وشلل الأطفال	16 ـ 18 سنة	عن طريق الفم
لقاح ضد الحصبة والنكاف والحميراء	16 ـ 24 شهراً	بواسطة الحقن			

الديدان الدبوسية (الحرقص) (Pinworms)

هي ديدان بيضاء صغيرة طولها (1) سم تقريباً، أكثر ما تشاهد لدى الأطفال في عمر المدرسة. تدخل بيوض هذه الديدان إلى جسم الطفل، عن طريق الفم، بواسطة الطعام أو الشراب، أو الأيدي الملوثة بها والتي تصلها من مخلفات طفل مصاب بتلك الديدان، حيث تكون تلك المخلفات محملة بالبيوض وهذه قد تصل إلى فم الطفل السليم بأي طريقة كانت، فيبتلعها، وعندما تصل إلى أمعائه تفقس فيها، وسرعان ما تشرع الديدان الفتية بالتنامي نحو البلوغ، وبعد حوالي أسبوعين تقوم الدودة الأنثى الناضجة بالتسلل إلى منطقة شرج الطفل، أثناء الليل، وتضع بيوضها هناك، فتصبح المنطقة حاكة. وعندما يقوم الطفل بحكها فقد تعلق بعض البيوض على أصابعه، وتحت أظافره، فإذا أكل، أو وضع أصابعه في فمه (دون غسل يديه غسلاً جيداً) تدخل البيوض العالقة من جديد إلى جهاز هضمه عبر الفم. أضف إلى ذلك أنه من خلال الطعام الملوث، أو كؤوس الشرب، أو الشراشف والمناشف، فقد ينقل الطفل المصاب بيوض تلك الديدان إلى بقية أفراد الأسرة.

قد يؤدي حك الشرج إلى جعله أكثر التهاباً. ومن الممكن أحياناً مشاهدة الديدان البيضاء الصغيرة، التي تشبه الخيوط، في الغائط، أو حول شرج الطفل في الليل. وفي بعض الحالات يكون الطفل خالياً من الأعراض تماماً.

إذا شوهدت الديدان الحرقصية في غائط الطفل، أو كان شرجه حاكاً على الدوام، فيتوجب على جميع أفراد الأسرة إجراء فحص لغائطهم لمعرفة المصابين منهم. ويمكن التأكد من وجود الديدان الحرقصية في أمعاء الطفل بوضع قطعة من شريط لاصق نظيف، تسهل إزالته، فوق شرجه، في الصباح وقبل أن يتغوط مباشرة، ثم إزالتها فوراً، فإذا كانت البيوض موجودة في المنطقة الشرجية فإنها ستلتصق على قطعة الشريط، ولدى فحصها يتم تأكيد التشخيص أو نفيه.

العــلاج:

العلاج الذاتي: يتوجب على جميع أفراد الأسرة أن يلتزموا بممارسة القواعد الصحية بدقة، فالأيادي يجب غسلها بعد كل دخول لدورة المياه، وبعد مداعبة حيوان أليف ـ ربما يكون مصاباً بهذه الديدان ـ وكذلك بشكل خاص قبل تناول الطعام. كما يجب تقليم الأظافر للتقليل من فرصة انطمار البيوض تحتها. ويجب أن تبدل ملاءات الأسرة كلها، والملابس الليلية، والملابس الداخلية، مراراً وأن تغسل بالماء الساخن أو تغلى، ومن ثم تكوى لقتل كل بيوض الديدان التي ربما تكون متواجدة عليها. وإذا كان لدى العائلة حيوان أليف مصاب فيجب عرضه على اختصاصي لمعالجته وتخليصه من الديدان.

العلاج الاختصاصي: إذا ثبت وجود الإصابة بين بعض أفراد إحدى الأسر، فيجب معالجة جميع أفرادها، حتى أولئك الخالين من الأعراض، حيث يمكن أن يتناولوا جميعاً أحد العقاقير القاتلة لتلك الديدان، وغالباً ما يتوجب تكرار العلاج بعد أسبوعين. ومن الممكن تخفيف الالتهاب الشرجي إن وجد، بواسطة دهنه بمرهم ملطف خاص ينصح به الطبيب، وربما يحتوي أيضاً مادة قاتلة للبيوض. وكل تلك الإجراءات كفيلة بحل المشكلة.

علم الوراثة Genetics

علم الوراثة هو العلم الذي يدرس سيرورة الوراثة الحيوية (Biological Inheritance) وتشرح معطيات هذا العلم كيفية وسبب انتقال صفات معينة من الآباء إلى الأبناء، مثل لون الشعر أو زمرة الدم.

ينمو كل طفل ويتطور من خلية مفردة وحيدة هي البيضة الملقحة (Fertilized egg)، وهذه البيضة تحتوي كل المعلومات الضرورية لنمو وتطور الخصائص الجسمية والعقلية عند الوليد، وهذه المعلومات كلها محمولة على (23) زوجاً من الصبغيات (الكروموزومات ـ Chromosomes). ويتألف كل زوج من هذه الصبغيات من فردين أحدهما آتٍ من الأب (تمت وراثته من الأب)، والآخر آتٍ من الأم (تمت وراثته من الأم). ويحتوي كل صبغي آلاف الجينات (Genes). وتحدد الجينات

المظاهر الجسمية النوعية المستقبلية للطفل، مثل زمرة الدم، ولون العينين والشعر. وتعتمد صيرورة هذه المظاهر على كيفية اختلاط الصبغيات الآتية من الأب (النطفة) مع الصبغيات الآتية من الأم (البيضة غير الملقحة) مع بعضهما البعض لحظة حدوث إخصاب البيضة بالنطفة. وكذلك تعتمد هذه الصيرورة على الطريقة التي ترتبط بها الجينات القادمة من أحد الوالدين مع الجينات القادمة من الوالد الآخر. وبغية فهم كيفية حدوث اضطرابات معينة نتيجة للانتقال الوراثي، وليس نتيجة للعوامل الخارجية مثل الجراثيم، فإنه من الضروري التمييز بين نمطين من الجينات، وهما الجينات القاهرة (المسيطرة أو الغالبة) والجينات الصاغرة (المتنحية أو المغلوبة).

إن تحديد جينة ما بأنها مسيطرة يعني أن ما تحمله من صفات (أو المظهر الذي ستعطيه لاحقاً) هي التي ستحدث (أو ستظهر لاحقاً) بغض النظر عن طبيعة الجينة الموافقة في الصبغي الآخر من زوج الصبغيات. أما المظاهر التي تحددها الجينات الصاغرة (أو الصفات التي تحملها) فلن تظهر لدى الابن إلا إذا ساهم الوالدان بصبغيين (يشكلان زوجاً من الصبغيات)، يحملان الجينة الصاغرة نفسها لذلك المظهر. مثال: إن لون العينين الأزرق مظهر صاغر (الجينة صاغرة)، أما لون العينين البني (العسلي) فهو مظهر مسيطر (الجينة مسيطرة). لذلك لن يكون لون عيني الابن أزرق إلا إذا أخذ من كلا والديه جينة اللون الأزرق. أما إذا أخذ من أحد والديه جينة لون العينين الأزرق، ومن والده الآخر جينة لون العينين البني، فإن عينيه ستكونان بنيتين. فإذا كان الزوجان ذوي عيون زرقاء، فذلك يعني عدم وجود جينات للون العيون البني عندهما، لأن مورثة اللون البني مسيطرة، وإن وجدت عند أي منهما فلا بد أن يكون لون عينيه بنياً. ومن ناحية أخرى إذا كان الزوجان ذوي عيون بنية فذلك يعني إمكانية وجود جينات للون العيون الأزرق في صبغيات كل منهما، ولذلك فمن الممكن أن ينجب هذان الزوجان أولاداً ذوي عيون زرقاء (وذلك عندما يرث الابن جينة العيون الزرقاء من كلا والديه).

الاضطرابات وحيدة الجينة:

تنجم غالبية الاضطرابات الوراثية الخطيرة عن جينة معيبة وحيدة تكون صاغرة عادة، وهذا يعني أن الحالة المرضية الخطيرة تلك لن تحدث عند الابن إلا إذا ورث من كلا والديه تلك الجينة الصاغرة المعيبة، ومثال ذلك داء التليف الكيسي (ص 913). وقد بينت الإحصائيات في الولايات المتحدة أن هناك شخصاً واحداً من كل عشرين شخص يحمل جينة التليف الكيسي، وعادة لا يكون هذا الشخص عالماً بذلك. لذلك يمكن لحاملي هذه الجينة المعيبة أن ينجبا أولاداً يصابون بالمرض، أو يحملون الجينة أيضاً.

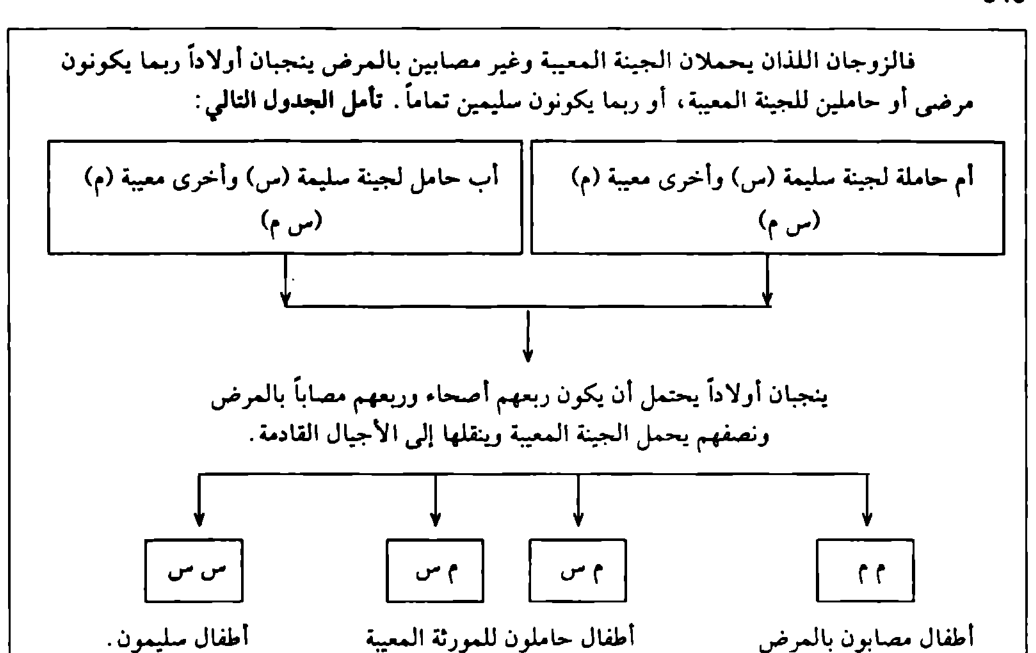
وزيادة في الإيضاح تفحص هذا المخطط:

معروف أن داء التليف الكيسي ينجم عن شذوذ وراثي، يشمل جينة معيبة وحيدة، وهذه الجينة المعيبة صاغرة، مما يعني أن الشخص الذي يرثها من كلا والديه سيصاب بالمرض.

يحمل معظم الأشخاص جينتين طبيعيتين نرمز لهما بـ (س س)، واحدة على كل فرد من فردي الزوج الصبغي، ويحمل الشخص المصاب بهذا المرض، دائماً، جينتي المرض ونرمز لهما بـ (م م).

والشخص الذي يحمل جينة واحدة طبيعية (س) وجين أخرى معيبة (م) (صاغرة وحاملة للمرض)، فإن الجينة الطبيعية عنده (س) تتفوق على الجينة الصاغرة (م) فيكون شخصاً سليماً غير مصاب بالمرض لكنه يحمل جيناته المعيبة ويمكن أن ينقل المرض لأبنائه أو أحفاده.

فالزوجان اللذان يحملان الجينة المعيبة وغير مصابين بالمرض ينجبان أولاداً ربما يكونون مرضى أو حاملين للجينة المعيبة، أو ربما يكونون سليمين تماماً. **تأمل الجدول التالي**:



ويتباين هذا النموذج الوراثي إلى حدٍ ما عندما تكون الجينة المعيبة محمولة على أحد الصبغيات المحددة للجنس، كحالة مرض الناعور (ص 523). فالإناث يحملن صبغيين جنسيين متماثلين يعرفان بالصبغيين (X X) ويحمل الذكور صبغيين جنسيين مختلفين يعرفان بالصبغيين (X Y). فإذا كانت النطفة التي لقحت البيضة حاملة للصبغي (X) فإن هذه البيضة ستحمل الصبغيين (XX) والمولود سيكون أنثى، أما إذا كانت حاملة للصبغي (Y) فإن البيضة الملقحة ستحمل الصبغيين (XY) والمولود سيكون ذكراً. والناعور مرض مرتبط بالجنس لأن الجينة المسؤولة عن تخثر الدم محمولة على الصبغي (X). فإذا حصل أن بيضة غير ملقحة تحمل الصبغي (X) المعيب الذي لا يحمل جينة تخثر الدم تلقحت مع نطفة حاملة للصبغي (Y) الذي لا يحمل أصلاً (دائماً) جينة تخثر الدم، فإن الولد المتشكل نتيجة هذا التلقيح سيكون ذكراً مصاباً بالناعور.

وفي هذه الحالة لا يمكن تجاوز الجينة الصاغرة المتعلقة بتخثر الدم والموجودة على الصبغي (X) لأن الصبغي (Y) لا يحوي جينة خاصة بتخثر الدم أصلاً.

نستنتج مما سبق ما يلي:

1 ـ جميع البنات لأب مصاب بالناعور وأم غير مصابة سيحملن المرض إلى أولادهن الذكور.

2 ـ إن بعض البنات فقط لأم حاملة لجينة الناعور (والأب غير مصاب بالمرض) يمكن أن يحملن جينة المرض وينقلنه لأولادهن الذكور مستقبلاً، ذلك لأن البعض الآخر واللواتي لا يحملن هذه الجينة يكنَّ قد ورثن الصبغي (X) الطبيعي بدلاً من الصبغي المعيب.

3 ـ إن الرجل المصاب بالناعور لا ينقل المرض إلى أولاده الذكور لأنهم يرثون عنه الصبغي (Y) الذي لا يحمل أصلاً جينة لتخثر الدم.

هناك قلّة من الأمراض الوحيدة الجينة لا تكون فيها هذه الجينة صاغرة، بل مسيطرة وإن أي شخص يرث مثل هذه الجينة من أي من الوالدين فإنه سيصاب بالمرض حتماً، مثال: راجع الرقص الوراثي (ص 327). هذا المرض المأساوي، في كون أعراضه لا تظهر حتى منتصف العمر، ولهذا السبب فإن العديد من الناس الذين سيصابون بهذا المرض لا يعلمون ذلك حتى يكونوا قد أنجبوا أولاداً، ولربما تكون الجينة الشاذة قد انتقلت إليهم. وبالمقابل فإن معرفة أن هذا الداء موجود في فرعي عائلة الزوجين ربما يجعلهما يقرران عدم الإنجاب، ومن ثم يكتشفان لاحقاً، وبعد فوات الأوان بأنهما لم يرثا المرض عن آبائهما، وأنهما بالتالي لن ينجبا أولاداً مرضى بهذا الداء. لقد أصبح الآن ممكناً تحديد الأشخاص الذين يحملون هذه الجينة في أي عمر. فإذا بينت هذه الاختبارات أن شخصاً مايحمل جينة داء هنتكنتون فإنه سيعلم أن أعراض المرض ستظهر عنده في وقت لاحق.

لقد مكنت الأبحاث الحديثة العلماء من وضع خرائط لمواضع الكثير من الجينات التي يتجاوز عددها مئة ألف جينة عرفت حتى الآن في جسم الإنسان. فقد أصبح معروفاً موقع الجينات على صبغيات معينة التي تحدد الصفات الجسمية والجينات المحددة للعديد من الاضطرابات الوحيدة الجينة.

لقد كشف علم الوراثة، في العديد من الاضطرابات الوحيدة الجينة، لا سيما الاضطرابات الدموية المعروفة باعتلالات الخضاب (التلاسيميا هو أحد هذه الاعتلالات)، التبدل الكيميائي في الجينة التي تؤدي إلى إنتاج الخضاب المعيب (وهو البروتين الموجود في كريات الدم الحمراء التي تحمل الأكسجين إلى جميع أنحاء الجسم). وأخيراً فإن هذه المعرفة ربما تتيح المجال لمعالجة هذه الاضطرابات بإصلاح الجينة المعيبة. ومن الممكن فعلياً أخذ بضع خلايا من شخص بالغ واستخراج الجينة المثبتة بها، ومن ثم التحقق ما إذا كان الشخص حاملاً للمرض. ويمكن استعمال نفس هذه الطريقة لاختبار الأجنة في وقت مبكر بين (6 ـ 8) أسابيع بعد الإخصاب في بعض الحالات، مثل التلاسيميا، حيث تبلغ فرصة إخصاب بيضة جديدة حاملة لهذا الاضطراب حوالي (25%).

الاضطرابات متعددة الجينات:

إن الأمراض الوحيدة الجينة هي مثال بسيط نسبياً على كيفية الوراثة، ومع ذلك فإن العديد من الاضطرابات تورث ليس عبر جينة وحيدة ولكن عبر عدة جينات. وهنا تصبح الصورة أكثر تعقيداً بكثير إذ يمكن أن يقال عن العديد من الاضطرابات بأنها تميل للسريان في العائلات. ولكن ما تعنيه هذه العبارة المبهمة هو احتمال وجود عنصر جيني للإصابة بهذا الاضطراب، ولكن من الصعوبة بمكان عزل وتحديد هذا العنصر. ومع ذلك ففي حالة داء الشرايين الإكليلية، مثلاً، وُجد أن لدى بعض العائلات إمكانية مرتفعة للإصابة بهذا الداء وذلك لوجود اضطراب موروث عندها يؤثر على مقدار كولسترول الدم. وفي هذه العائلات ربما تحدث هجمات قلبية مميتة لدى الشباب والشابات في مرحلة المراهقة أو العشرينات، ولذلك إذا أمكن التعرف على هذه الحالة في الطفولة فيمكن البدء بالمعالجة (بالحمية والعقاقير) لتخفيض معدل الخطورة.

إذا كان لدى المرأة أو لدى زوجها أقارب فقدوا أولاداً في بواكير حياتهم، أو ماتوا لسبب مجهول فيجب الشك بإمكانية وجود اضطراب وراثي لدى العائلة وأن تستشير مستشاراً وراثياً قبل التخطيط لبناء أسرة.

الأرجية (Allergies)

التأرج (Allergy) (التحسس باللهجة الدارجة) هو اضطراب في الجسم، يسببه فرط الحساسية تجاه مواد محددة تدخل إلى الجسم بواسطة جهاز الهضم (الطعام أو الشراب) أو جهاز التنفس (الاستنشاق) أو بواسطة الحقن أو الملامسة المباشرة. وهذا الإفراط في الحساسية ينتج عن استجابة عشوائية (مضَلَّلَة) من قبل جهاز المناعة الطبيعي تجاه هذه المواد.

صمم جهاز المناعة لكي يحمي الإنسان من الأخماج الناتجة عن غزو الجراثيم والفيروسات للجسم، وهو يقوم بعمله هذا عبر تصنيع الأجسام الضدية (الأضداد) (Antibodies) ،التي تفتك بالعوامل الخامجة أو تضعها على الحياد. وفي حالة التأرج تقوم هذه الأجسام الضدية بمهاجمة مواد غير مؤذية في الحالة الطبيعية تدعى العناصر المؤرجة (أو المؤرجات) (Allergens) .

يعتمد النموذج الذي يتخذه التأرج على نوع الجسم المضاد والموقع من الجسم الذي حدث فيه التفاعل الأرجي بين الجسم المضاد والعنصر المؤرج. فمثلاً في أرجية الطعام قد يسبب العنصر المؤرج أعراضاً تصيب الأمعاء، كما في الزرب الزلاقي، أو ربما يتم امتصاصه إلى الدورة الدموية ليحدث أنواعاً معينة من الصداعات أو الطفوح الجلدية. أما في حالة التهاب الأنف الأرجي المعروف (بحمى الكلأ) فإن حبيبات الطلع المحمولة بالهواء تسبب تفاعلاً في الأنف. وفي حالة الربو يسبب الغبار المستنشق أو حبيبات الطلع تفاعلاً في الرئتين.

تطلق خلايا الجهاز المناعي في التفاعل التأرجي مواد كيميائية مهيجة تسبب أعراضاً متنوعة لهجمات التأرج، بما فيها الصداعات والانتاج الزائد للمخاط وتقبض القصيبات والحالات الجلدية، مثل الاحمرار، والتورم، والحكة.

من هو الشخص المهيأ للإصابة بالتأرج:

إن الاضطرابات الأرجية شائعة في المجتمع بشكل ملحوظ، فهناك حوالي واحد من كل عشرة أطفال يعانون من حالات أرجية مثل الربو (ص 422) والأكزيما (ص 263) في وقت من الأوقات. ومع ذلك فقد أصبح مألوفاً في السنين الأخيرة أن يعزى العديد من المشكلات السلوكية، أو الاضطرابات الجسمية المعاودة إلى الأرجية، لا سيما الناتجة عن الطعام، والمواد الحافظة، وملوثات البيئة الكيميائية، ولا شك أن بعض الأولاد المصابين بسلوك تخريبي، أو مفرط النشاط والبعض الآخر ممن يعانون من صداعات الشقيقة، مصابون بأرجيات من هذا النوع. ومع ذلك فإن البحث المتأني قد أظهر أن التأرج في معظم الحالات ليس المسؤول عن الأعراض، وعلى الرغم من ذلك فإن الكثير من الناس أقنعوا أنفسهم، بلا مبرر، بأنهم هم أو أطفالهم مصابون بتأرج من نوع ما، وأنهم في بعض الحالات قد قيدوا أنفسهم بحمية غذائية صارمة في محاولة منهم لاستبعاد العنصر المؤرج.

العلاج: على المصاب بالأرجية كبيراً كان أو صغيراً، أن يعتمد على طبيب مختص في تشخيص حالته وعلاجها. فهناك اليوم وسائل مخبرية تحدد فيما إذا كان الطفل مصاباً أم لا، كما تحدد المادة المثيرة للأرجية. كما أن الطبيب قد يرتب حمية غذائية انتقائية للطفل حتى يتمكن من معرفة الطعام المحدث للأرجية عنده، وبعد حذف هذا الطعام لفترة من الزمن من وجباته، يعطى له مرة أخرى دون علمه للتأكد بدقة من أنه هو المحدث للحساسية.

بعد ما يتم التأكد من العنصر المؤرج، يجب تجنبه كلياً، ولكن ربما لا يمكن تحديد ذلك العنصر، وربما لا يمكن اجتنابه. فحبيبات الطلع ومخلفات الحيوانات (كالشعر، والقشور، وغيرها) يصعب تحديدها ويصعب تجنبها. ولكن إذا أمكن تحديد العنصر المؤرج، فإنه من الممكن، أحياناً إزالة التأرج بسلسلة من الزرقات (الحقن) تجعل الجسم يتأقلم مع الجرعات المتزايدة من المادة المؤرجة. ومع ذلك فإن إزالة التأرج بالزرق أصبح أقل شيوعاً مما كان عليه، ربما بسبب ما يحدثه من تفاعلات خطرة أو بسبب أن نتيجته ربما تكون مخيبة للآمال.

إن المعالجات الحديثة للأرجية هي استعمال العقاقير المضادة للهيستامين (Antihistamines) التي تكافح التفاعلات التأرجية. ولزيادة المعلومات عن هذا المرض راجع الأبحاث المتعلقة بالأرجية مثل الربو (ص 422)، والتهاب الأنف التأرجي (ص 409)، والأكزيما والتهاب الجلد (ص 263)، ورثة المزارع (ص 435)، والشرى (ص 267)، والزَرب الاستوائي (ص 912)، والتهاب الملتحمة (ص 369).

الفصل التاسع عشر

مشاكل خاصة بالمراهقين (Special problems of adolescents)

تمتد فترة المراهقة من البلوغ وحتى سن (18 ـ 20) سنة تقريباً. والبلوغ هو الفترة التي يصبح فيها الإنسان قادراً لأول مرة على التكاثر جنسياً.

ينشأ العديد من المشكلات المميزة للمراهقة من التبدلات في نمط ونموذج الهرمونات الموجودة في الجسم (راجع الاضطرابات الهرمونية ص 663). وتبدأ هذه التبدلات في الأحوال الطبيعية بالظهور سريعاً بعد سن (10 ـ 11) سنة بالنسبة للبنات وبعد سن (12 ـ 13) سنة بالنسبة للصبيان، ويميل النمو نحو النضج الجنسي للوصول إلى ذروته بعد سن (17 ـ 18) سنة لدى الجنسين. وتنشأ في هذه السنوات الطارئة ضغوط جسمية وعقلية، وعاطفية، يمكن أن تجعل المراهقة فترة عصيبة على نحو خاص.

إن بعض المشكلات المطروحة هنا هي مشكلات جسمية، مبدئياً، وبعضها الآخر نفسية، ولكن يصعب وضع فروق واضحة بين هذين النوعين من المشكلات، فمثلاً إن المراهق الذي يصاب بالعُدِّ (حب الشباب) ـ وهو مشكلة جسمية ـ قد يؤثر عليه بطريقة عاطفية ونفسية حادة.

يصعب القول فيما إذا كان المراهقون أنفسهم، أو أهلهم، هم الأكثر تأثراً بهموم تلك المرحلة، مثل إغراءات التجريب الجنسي، وممارسة المحظورات، كالتدخين وغيره. ولذلك نجد أن بعض المقالات التوجيهية توجه إلى المراهقين، وبعضها يوجه إلى ذويهم. ويكمن السر في التخطي السليم لمرحلة المراهقة، غالباً، في العلاقة الجيدة بين الجيلين.

الوصول إلى النضج الجنسي

يصل الكثير من البنات إلى النضج الجنسي بحلول الرابعة عشرة من عمرهم، فتكبر أثداؤهن ويزداد عرض حوضهن، وينمو شعر العانة والإبطين، ويظهر تراكم الدهون في أجسامهن وتظهر السحنة الأنثوية المميزة.

وينضج معظم الصبية جنسياً بحلول الخامسة عشرة، فتنمو أعضاؤهم التناسلية، وينمو الشعر في الجسم ويظهر على الوجه، ويصبح الصوت خشناً، وتحدث تبدلات هامة في العظام والعضلات.

التطور المبكر أو المتأخر: على الرغم من أن التبدلات الهرمونية الدالة على بداية البلوغ تبدأ عادة حوالي (10 ـ 11) سنة عند النبات و (12 ـ 13) سنة عند الصبيان، فهناك فروقات واسعة في نماذج نمو المراهقين، ومعظم هذه الفروق تعتبر طبيعية.

يتأثر نمو المراهق بعدة عوامل (كالوراثة)، فمثلاً من المرجح أن تبدأ الدورة الشهرية لدى فتاة بدأت الدورة عند أمها في مرحلة متأخرة نسبياً، في مرحلة متأخرة نسبياً أيضاً. وبالمثل فإن تطور الصبي يرجح أن يتبع نفس نموذج تطور أبيه، أو يتأثر بالحالة الصحية العامة عنده فالتغذية الناقصة، أو المرض، إبَّان الطفولة قد يؤخرا بدء البلوغ، وإضافة لذلك فإن الطفل الأصغر حجماً أو الأنحف من المعدل يرجح أن يتطور جنسياً في مرحلة متأخرة نسبياً.

إن الأطفال الذين ينمون مبكرين جداً، أو متأخرين جداً، قد يتعرضون للإزعاج من أقرانهم، وهذا الأمر غالباً لا يمكن تلافيه، ولكن يستطيع الأهل أن يخففوا من وطأته على أولادهم بتفهم وضعهم، وتطمينهم على حالتهم، ومستقبلهم، وإفهامهم أن اختلافهم هذا عن الآخرين هو اختلاف مؤقت عابر وحسب.

التطور الجسمي السوي للمراهق

التطور الجسمي السوي لدى البنات المراهقات:

التطور	السن الوسطي لبدء التغير	السن الوسطي لتوقف التغير	ملاحظات
ازدياد معدل النمو	10 ـ 11 سنة	15 ـ 16 سنة	إذا تأخر حدوث النمو حتى الخامسة عشر من العمر يراجع الطبيب.
تطور الثديين	10 ـ 11 سنة	13 ـ 14 سنة	قد ينهد أحد الثديين قبل الآخر، ويعتبر نهود الثديين العلامة الأولى للبلوغ، فإذ لم يبدأ هذا التطور حتى السادسة عشر من العمر فيجب استشارة الطبيب.
ظهور شعر الجسم	شعر العانة 10 ـ 11 سنة شعر الإبط 12 ـ 13 سنة	13 ـ 14 سنة 15 ـ 16 سنة	يتباين كثيراً العمر الذي يظهر فيه الشعر لأول مرة، ويلاحظ أن شعر العانة يزداد خشونة ودكانة مع تقدم البلوغ.
تطور الغدد العرقية المفترزة(*)	12 ـ 13 سنة	15 ـ 16 سنة	إن هذه الغدد مسؤولة عن التعرق في الإبط، الذي يحدث نمطاً معيناً من الرائحة، لا يوجد لدى الصغيرات.
الحيض	11 ـ 14 سنة	15 ـ 17 سنة	يبدأ الحيض عادة بدورات غير منتظمة تماماً، وعند بلوغ السابعة عشرة من العمر تكون تلك الدورات قد انتظمت. الدورة من 3 ـ 7 أيام، وتحدث مرة واحدة كل 28 يوم بشكل عام. فإذا بدأ الطمث قبل بلوغ العاشرة من العمر، أو تأخر إلى ما بعد السابعة عشرة فيجب استشارة الطبيب.

التطور الجسمي السوي لدى الصبية المراهقين:

التطور	السن الوسطي لبدء التغير	السن الوسطي لتوقف هذا التغير	ملاحظات
ازدياد معدل النمو	12 ـ 13 سنة	17 ـ 18 سنة	نفس الملاحظة المتعلقة بالبنات.
تضخم الأعضاء التناسلية	الخصيتان والصفن 11 ـ 12 سنة، القضيب 12 ـ 13 سنة	16 ـ 17 سنة 15 ـ 16 سنة	عندما تنمو الخصيتان يغمق لون جلدة الصفن، ويتطاول القضيب عادة قبل أن يزداد ثخانة، في حين أن القدرة على قذف السائل المنوي تكون بعد حوالي سنة من بدء استطالة القضيب.
ظهور شعر الجسم	شعر العانة 11 ـ 12 سنة، شعر الإبط 13 ـ 25 سنة	15 ـ 16 سنة 16 ـ 18 سنة	يتباين كثيراً تطور الشعر عند الصبيان ويعتمد ذلك إلى حد كبير على الوراثة، يستمر عادة انتشار الشعر أعلى البطن، وعلى الصدر، وفي مرحلة الكهولة.
تطور الغدد العرقية المفترزة(*)	13 ـ 15 سنة	17 ـ 18 سنة	نفس الملاحظة المتعلقة بالبنات.
التبدل الصوتي	تبدأ ضخامة الحنجرة في عمر 13 ـ 14 سنة، ينضج الصوت الرجولي في عمر 14 ـ 15 سنة.	16 ـ 17 سنة	إن نمو الحنجرة يجعلها تبدو أكثر بروزاً في العنق، وقد يتبدل الصوت سريعاً أو تدريجياً، أما إذا استمر الصوت الطفولي الطابع إلى ما بعد السادسة عشر من العمر فيجب استشارة الطبيب.

(*) الغدد المفترزة: هي غدد عرقية من نوع خاص، تتطور في مرحلة البلوغ، لعرقها رائحة خاصة بالرجل، أو بالأنثى.

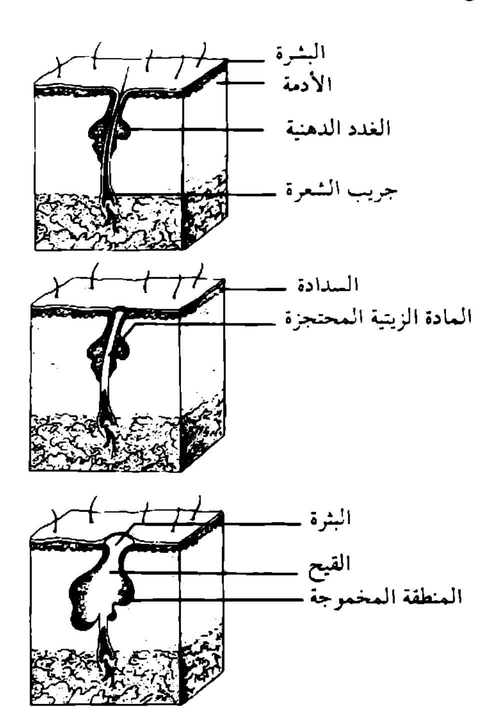
ـ 1 ـ
الاضطرابات الطبية (Medical disorders)

سندرس في هذا البحث أربع حالات تكثر مشاهدتها عند المراهقين بشكل خاص، هي: حب الشباب، والقهم العصبي والنُهام، وانحناء العمود الفقري، وتضيق القلفة.

حَبُّ الشَباب (Acne)

إذ نظر الإنسان إلى جلده بواسطة مكبرة فسيجده مليئاً بالحفر، وفي أعماق كل حفرة يوجد غدة دهنية تفرز مادة زيتية، تحافظ على طراوة الجلد. فإذا حدث فرط إفراز لهذا الزيت، فإن بعضه سيحتجز داخل الحفرة، أو قد تنسد الحفرة ويحتجز الزيت داخلها. فإذا وصلت الجراثيم إليها فإنها تحدث فيها خمجاً يبدو على شكل بثرة ذات قرص أحمر، أو ذات رأس أبيض مليء بالقيح، وهذا ما نسميه حب الشباب، الذي يشاهد غالباً عند المراهقين في مرحلة البلوغ، ويزول في مرحلة المراهقة المتأخرة، أو في بداية العشرينات. وسبب كثرة إصابة المراهقين (ذكوراً وإناثاً) بهذا الاضطراب هو ارتفاع نسبة الهرمون الذكري عندهم في مرحلة البلوغ، وهذاالهرمون يحرض الغدد الدهنية على زيادة الإفراز.

الأعراض: يتركز ظهور البثرات (Pimples) عادة على الوجه، ولكن غالباً يوجد شكل من الطفح (Eruptions) على العنق والصدر والظهر والإليتين، وأحياناً على الجزء الأعلى من



توجد الغدد الدهنية عادة في أو بالقرب من بصلة الشعرة. وبسبب إفرازها لمادة زيتية يحافظ الجلد على طراوته.

ربما ينسد جريب الشعرة بالمادة الزيتية وخلايا الجلد الميتة وتتشكل سدادة بيضاء تمنع تصريف الزيت من الجريب.

تغزو الجراثيم المتواجدة على الجلد الدهون المحتبسة في الجريب فتنخمج ويتجمع القيح مشكلاً بثرة تعرف بحب الشباب.

الفخذين والذراعين. وإذا زادت حدة خمج البثرات بحيث ظهرت بشكل أقراص مركزة مليئة بالقيح الأبيض، وهذا يحدث عادة بسبب عصرها، فإنها ستترك بعد شفائها علامة أرجوانية تزول لاحقاً، أما البثرات شديدة التخمج، فيمكن أن يستغرق شفاؤها عدة أسابيع وتترك ندباً ملفتة للنظر تشبه آثار الجروح. يستمر ظهور حب الشباب عدة سنوات، وهذا قد يسبب حرجاً شديداً لبعض المراهقين مما يزيد من انفعالاتهم العاطفية، وهذا الاضطراب العاطفي يزيد الحالة سوءاً.

المضاعفات: يصيب هذا الاضطراب المراهقين الذكور ما بين سن الثالثة عشرة والثامنة عشرة، أكثر مما يصيب الإناث، وهو بشكل عام يظهر عند البنات في حوالي فترة الطمث، وتتطور عندهم بثرات بسيطة، لكن إصابتهم بالحالات الشديدة تكون نادرة.

لا يؤثر حبُّ الشباب على الصحة العامة، لأنه بشكل عام اضطراب يفرضه تغير نسبة الهرمونات في جسم المراهق في مرحلة البلوغ، لكنه قد يسبب شعوراً نفسياً سيئاً.

العلاج: إذا كانت الحالة خفيفة الشدة فيمكن الاكتفاء بتوصيات العلاج الذاتي الواردة لاحقاً، وعلى المراهق أن يتأكد أن البثرات والبقع الحمراء على وجهه تبدو له أكثر قبحاً مما هي عليه بالنسبة للآخرين، وعليه أن يتذكر أن المعالجة المكثفة قد تضر بالجلد بشكل ملحوظ.

العلاج الذاتي: قبل كل شيء يجب عدم عصر البثرات أبداً، والمحافظة على نظافة الجلد وغسله بالماء والصابون غير المعطر مرتين كل يوم، من دون فركه أو دلكه إطلاقاً، ولا تستعمل المراهم والغسولات الكيميائية من دون استشارة الطبيب، ويعرَّض الجلد باعتدال إلى أشعة الشمس، والهواء الطلق. وبالنسبة للبنات عليهن تجنب استعمال المكياج، خاصة الكثيف منه، ويمكن أن يستعملن للتجميل مواد غير شحمية ويغسل الوجه جيداً بعد انتهاء الحاجة للمكياج.

العلاج الطبي: إذا كانت الحالة شديدة، وتحتاج إلى مراجعة طبيب فإنه يوصي عادة باستعمال مراهم خاصة، تجعل الجلد يتقشر، ويمنع ظهور بثرات جديدة وقد يوصي بتناول مقادير خفيفة من المضادات الحيوية (Antibiotics) لمدة ستة أشهر.

القَهْم العصابي والنُهام (Anorexia nervosa and bulimia)

القَهْم العصبي (قلة الشهوة للطعام) هي رفض الأكل، وهذا قد يؤدي إلى نقص شديد في الوزن واضطراب في الهرمونات، وفقر دم، وحتى أنه قد يؤدي إلى الموت. إنه مرض رئيسي من أمراض المراهقة عند الإناث، ومع أنه يعتبر مرضاً بحد ذاته، فهو غالباً عرض من أعراض المشاكل النفسية عندهن، ويترافق مع خلفية العائلة. فالبنت المصابة بقلة الشهية للطعام تعيش مع عائلة غالباً ما يعتقد أفرادها ويتحدثون عن كميات الأكل الصحيحة، وأنواع الطعام المناسب، وهؤلاء البنات يمكن أن يستعملن رفضهن للأكل كأداة لتحصيل شيء ما من آبائهن،

الذين من خلال اهتمامهم الزائد ببناتهم تتحول كل وجبة طعام إلى معركة.

وفي حالات أخرى يعود المرض إلى الغريزة اللاشعورية للانسحاب من النضج الجنسي. فالبنت المراهقة تتبع ريجيماً قاسياً في محاولة لجعل جسمها يحتفظ بشكله الذي كانت عليه قبل مرحلة المراهقة. هذا الرفض للطبيعة الجنسية ينمو وربما يرسخه خطأ جنسي مبكر يؤدي للشعور بالخطيئة من جانب البنت. وأحياناً تؤدي التعليقات الجانبية عن البنت بأنها سمينة إلى دفعها لإنقاص وزنها، لإرضاء الآخرين، وحتى إذا أصبحت نحيفة فإنها سوف تستمر في محاولة إنزال المزيد من وزنها.

الأعراض: يبدأ المرض عادة باتباع «ريجيم» عادي لإنقاص الوزن، لكن شدة الريجيم تزداد يوماً بعد يوم، وتصبح الكمية التي تأكلها البنت قليلة جداً، وتتخذ لذلك أعذاراً مختلفة كأن تقول بأن أذرعها، أو أرجلها لا تزال سمينة، فتأكل قليلاً جداً وبالمقدار الذي تريده هي. لكن أحياناً تتحول إلى مراهقة نهمة وتأكل كميات كبيرة من طعام معين، وبعد ذلك تتقيأه، فإذا حدث ذلك فإن حالة الفتاة تسمى عندئذٍ النُهام (Bulimia)، وإذا نقص وزن الفتاة مقدار (12) كغ تحت المعدل الطبيعي، فيمكن أن تتوقف دورتها الشهرية (راجع غياب الحيض ص 770).

إن البنت المصابة بالقهم العصابي تكون عادة نشيطة بشكل زائد، وقد تحضر وجبات كبيرة للآخرين، بينما تقوم بتجويع نفسها، وتصرُّ على أنها بحالة صحية جيدة. وقد يبدو جلدها رقيقاً ومصفراً، ومع مرور الوقت يظهر عليها بوضوح أنها مريضة. وإذا كان عندها حالة إمساك، أو لا ، فقد تأخذ جرعات كبيرة من المسهلات معتقدة أن ذلك يحميها من السمنة. وفي مراحل المرض الأخيرة قد تمر الفتاة بمرحلة اكتئاب شديدة (راجع الاكتئاب ص 336).

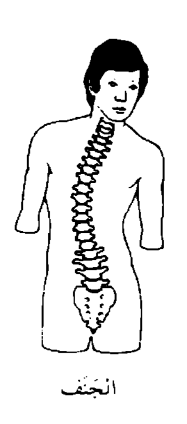
المضاعفات: مرض القهم العصابي مرض نادر الحدوث يصيب الفتيات غالباً، ورغم أن الكثير من المراهقات يمررن بفترة مؤقتة من اتباع «ريجيم» قاسٍ، لكن قليلاً منهن يصبن بهذا المرض، ونسبة (15%) فقط ممن يصبن به يمتن جوعاً، أو بسبب الإصابات الثانوية التي يسببها إسهال نقص التغذية، أو الإفراط في تناول المسهلات، أو بسبب الانتحار الناتج عن حالة الاكتئاب.

العلاج: إذا لوحظت أعراض هذا المرض على البنت، بمعنى إذا كانت نحيلة جداً وتظن نفسها أنها سمينة، وتمارس ريجيماً قاسياً، فالأفضل استشارة الطبيب فوراً، لأن تأخيرالعلاج يجعله أكثر صعوبة، وهو سيعطي بعض النصائح التي تفيد في العلاج. وسيكون من أهداف العلاج أن تستعيد البنت وزنها الطبيعي، وسوف يستمر في مراقبة حالتها، وسيعطيها بعض منشطات الشهية، وربما تحتاج إلى معالجة نفسية خاصة لفهم أعماق المشكلة وبالتالي حلها. وبشكل عام يجب على مثل هذه البنت الاستمرار في مراجعة الطبيب لمدة سنة، أو سنتين، حتى يتم التأكد من عدم وجود مشاكل نفسية عميقة تؤثر سلباً عليها.

انحناء العمود الفقري الشاذ (Abnormal curvature of the spine)

إن انحناء العمود الفقري إلى الجانب يؤدي إلى فقدان التناظر في القفص الصدري، ويسمى الجَنَف (Scoliosis) . هذا التشوه يمكن أن يكون ناتجاً عن تشوه خَلْقي (ولادي) في العمود الفقري، أو عن شلل، أو عن ضعف العضلات الشوكية، أو عن شذوذ في العمود الفقري، ويترافق عادة مع اضطرابات أخرى مثل القزامة (ص 666)، لكن معظم الحالات تبقى مجهولة السبب، وهو يشاهد غالباً عند الفتيات.

العلاج: إن الحالات البسيطة من انحناء العمود الفقري قد لا تكون ملاحظة، ورغم ذلك يجب عرض الولد المصاب على الطبيب، لأن الانحناء قد يكون أكبر من المتوقع، ولأن العلاج المبكر مهم جداً في محصلة الشفاء النهائية.



الجَنَف

من ناحية أخرى قد تتأثر الرئتان لدرجة تؤدي إلى إصابة الطفل بالتهابات صدر متكررة، وضيق تنفس. وفي كل الأحوال يجب وضع الطفل، ومنذ البداية، تحت المراقبة لمعرفة فيما إذا كان الانحناء يزداد مع مرور الوقت.

تفيد المعالجة الفيزيائية أحياناً في تحسين الحالة التي تركز على وضعية الوقوف، والسير، وتدليك العضلات الشوكية. وربما ينصح الطبيب بارتداء حزام خاص، يتم صنعه وفق جسم المصاب، ويرتديه لمدة سنة كاملة. وفي بعض الحالات قد يتطلب الأمر إجراء جراحة لتصحيح الانحناء جراحياً.

تضيق القُلْفَة (Phimosis)

القُلفة (Foreskin) هي الجلدة السميكة التي تغطي الحشفة (Glans) عند الذكور، وهو الجزء الذي يزال بعملية الختان عند الصبيان. وهذه القلفة، ولسبب من الأسباب، قد تكون قليلة المرونة، وصغيرة، ومتضيقة، بحيث تكون مزعجة للصغير. وغالباً ما يظهر إزعاجها بوضوح عند مرحلة المراهقة لما تسببه من ألم مزعج جداً عند الانتصاب، بحيث قد تجعل الانتصاب مستحيلاً.

العلاج: يراجع الطبيب، لإجراء عملية جراحية بسيطة تصحح الخلل.

الفصل العشرون

مشاكل خاصة بالمعمرين (Special problems of the elderly)

إن مشاكل المعمرين وأمراضهم واضطراباتهم كثيرة، وتحتاج إلى أبحاث خاصة بها، ونحن هنا سنلقي لمحة بسيطة موجزة عن المهم منها.

يستهلك الإنسان أعضاءه تماماً، كما تُستهلك الآلة، فكلما مرت السنون كلما قلت فاعلية جسم الإنسان بكامل أعضائه، ولكن هذا لا يعني بحالٍ من الأحوال أن التقدم بالعمر معناه الإصابة بالأمراض. ولمزيد من المعلومات حول هذا الأمر يراجع المخططان (98 ـ 99).

وإذا طرحنا سؤالاً: من هو الشخص المسن؟ أو متى يصبح الشخص مسناً؟ فكثير من الناس يتمتعون بحيوية ونشاط جسمي وذهني جيدين وهم في عمر (70 ـ 80) سنة ولكن هناك آخرين يعانون من أمراض الشيخوخة، وهم في الستين من عمرهم. والاضطرابات الجسمية والعقلية التي تحدث عند كثير من المتقدمين في السن تشكل مشكلة كبيرة عند بعض العائلات.

التقدم بالعمر والجسم

إن مرور السنين يؤثر سلباً على أغشية الجسم المرنة، فيجعلها تفقد مرونتها، مما يسبب ترهل الجلد وتجعده. ومن عمر (35 ـ 75) سنة تتناقص فاعلية القلب في حدود (30%)، وتتناقص فاعلية الرئتين في حدود (40%)، والكبد في حدود (10%) والكليتين في حدود (40%)، وتصبح العظام أكثر هشاشة، وأخف وزناً، وأكثر قابلية للكسر، وتصبح المفاصل أكثر صلابة وأقل مقدرة، وتتناقص كامل قدرات أعضاء الجسم عما كانت عليه.

مرحلة التقاعد

من الملاحظ في أيامنا هذه أن كثيراً من الناس يعيشون أكثر من ثمانين عاماً، وهذا يجعلهم يمضون فترة تمتد أكثر من عشرين سنة يكونون فيها متقاعدين عن العمل، لذلك عليهم أن يُخططوا لهذه المرحلة منذ فترة الشباب. فمثلاً عليهم السعي لتأمين مورد مالي يكفيهم في تلك المرحلة، حتى لا يصطدموا بواقع مالي مرير في سنواتهم الأخيرة، وأن ينشئوا علاقات جيدة مع بعض الجيران والأقارب، فمثل هذه العلاقات تعتبر مصدر سعادة مهم في سنين التقاعد، لأنه من الصعوبة بمكان إيجاد صداقات جديدة في هذه المرحلة، ومن المفيد أن يكون عندهم الهوايات، التي يمارسونها وهم في هذا العمر، مثل رياضة المشي، أو العمل في الحقل. ويجب الابتعاد عن حياة الكسل، والقعود في مرحلة التقاعد لأن ذلك ينعكس سلباً على العظام، والقلب، والصحة بشكل عام.

السَلَس (Incontinence)

السَلَس هو عدم القدرة على الضبط الطوعي (التحكم) لتفريغ البول أو الغائط أو الاثنين معاً، والسَلَسُ عند الكبار مثله مثل السَلَس عند الصغار، تسببه عادة حالة خفية، مثل اضطرابات المجاري البولية، أو مشكلة تتعلق بالأعصاب التي تسيطر على المثانة، أو الأحشاء. وهو ليس جزءاً من الشيخوخة، لكن تكثر مشاهدته في هذا العمر بسبب تلاشي فاعلية عضلات المصرات والأربطة التي تسيطر على عملية التبويل والتغوط.

يختفي السَلَسُ عادة إذا عولج سبب المشكلة (مثل مشاكل البروستات، والأخماج، وتأذي الحبل الشوكي، وغيرها).

هناك أشخاص يعانون من سَلَس بولي فقط، فلا يستطيعون أن يمضوا ساعات طويلة من دون تبويل، فإذا امتلأت مثاناتهم فإنهم سيمررون بعض البول إذا سعلوا، أو عطسوا، مثلاً، وهذا يدعى بالسلس الجهدي (Stress incontinence)، ولكن البعض لا يستطيعون ضبط البول في مثاناتهم، حتى لو كانت كميته قليلة، وهذا يسمى السَلَس الحاث (Urge incontinence)، وهنالك قليل من الناس عندهم سَلَس غائط، وهذا يسببه غالباً الاكتئاب.

العلاج: عند مراجعة الطبيب، فإنه يقرر سبب الحالة وطريقة العلاج وإمكانيته.

العلاج الذاتي: على المريض الذهاب إلى المرحاض في أوقات منتظمة، وارتداء ملابس سهلة النزع، لكي يفعل ذلك بسرعة عند الحاجة، وفي حالة سَلَس البول يفضل الاقتصاد في شرب السوائل قبل الذهاب إلى النوم بعدة ساعات، وفي حالة سَلَس الغائط يحاول جعل الطعام محتوياً على نسبة مرتفعة من الألياف، لأن ذلك يساعد على جعل الغائط متماسكاً أكثر.

العلاج الاختصاصي: يصف الطبيب عقاقير تساعد قليلاً في تخفيف وطأة السَلَس. ولا حرج من ارتداء ألبسة خاصة بحالات السَلس، وهناك اليوم نماذج جيدة من هذه الألبسة متوفرة في الأسواق. وربما يكون مفيداً وضع قثطرة خاصة تلبس فوق القضيب (وليس داخل الإحليل)، وتنقل البول بواسطة أنبوب إلى كيس بلاستيكي يمكن تفريغه، أو استبداله، على فترات، وهناك طرق أخرى نعرض عند ذكرها تجنباً للتطويل.

السقوط العَرَضي (Accidental falls)

السقوط على الأرض شائع عند المسنين، بسبب ضعف بصرهم، ونقص إمكانياتهم الجسمية، وإهمال الأرضية التي قد تحوي على مطبات (أو عوائق) تسبب السقوط.

إن هشاشة العظام، واضطرابات الدورة الدموية، والتهابات المفاصل، وغيرها، من الاضطرابات التي تصيب المسنين، كلها تؤثر في قدراتهم على التوازن. تظهرآثار السقوط على جلد المسنين بوضوح أكبر، وفي نفس الوقت قد يسقط المسن على شيء خطر كالنار، أو

البروزات الشئزة، أو يسقط في حفرة، وغير ذلك. ومن أكثر الإصابات مشاهدة عند المسنين بسبب سقوطهم هو انكسار عنق عظم الفخذ. ونتيجة لإصابة المسن بالكسور فإنه يضطر إلى المكوث في الفراش لفترة طويلة، مما يسيء جداً إلى عضلاته وأعضائه الحيوية كلها، وهذا قد يؤدي إلى الوفاة أحياناً. ومن نتائج السقوط أيضاً، أن يمتنع المسن بعدها عن التجوال والحركة، مما يجعله يلتصق بالبيت أو بالسرير أحياناً، وهذا أيضاً يسيء لصحته إساءة كبيرة.

العلاج: على المسن، وبخاصة الذي يعيش وحيداً، أن يرتب أموره بحيث يجري تفقده مرتين يومياً، صباحاً ومساءً، في أوقات محددة بدقة، سواءً بواسطة الهاتف أو بالنظر من بُعد أو بإشارة متفق عليها، أو غير ذلك، وعليه أن يحمل معه صفارة (مثلاً) لكي ينذر بها الآخرين إذا وقع له حادث وأصبح غير قادر على السير. وعليه أن لا يَمكث في السرير، لعدة أيام أبداً، لأن ذلك يجعل عضلاته متصلبة، ومفاصله متيبسة ويسيء إلى أعضاء جسمه كلها.

إذا سقط شخص مسنٌّ على الأرض، وأصيب بأذى، فمن الضروري مراجعة الطبيب للتأكد من عدم وجود كسور، ويجب إعطاؤه مسكنات للألم، وتطبيق ضمادات باردة فوق المنطقة المرضوضة لمدة (24) ساعة، ثم تطبيق ضمادات دافئة بعد ذلك.

تقدم العمر وحواس الإنسان

تتعرض الحواس، وخاصة السمع والبصر، للتلف بتقدم العمر، كما يمكن أن يحدث بعض التلف بأسباب عوامل أخرى، لكن التقدم التقني الكبير، الذي تطور في السنوات الأخيرة يساعد كثيراً على تحسين الحالة المتراجعة، وإعادتها إلى وضعها الطبيعي، أو قرب الطبيعي، ولذلك يراجع الطبيب فوراً عند الشعور بتراجع في البصر أو السمع.

العينان: إن معظم الناس يميلون للاعتماد على النظارات في القراءة، والمشي، وقيادة السيارة. ومعظم الأشخاص فوق الخامسة والستين من العمر لديهم قصو نظر (ص 361) حيث يقل تركيز عدسة العين على الأشياء القريبة، وليس هناك شفاء من تلك التغيرات، لكن يجب زيارة طبيب العيون بشكل مستمر للفحص وإعطاء نظارات أفضل، فإذا كشف الفحص وجود اضطراب خفي، يمكن علاجه، مثل الساد (ص 372)، أو الزرق (ص 373)، والمصاب بداء السكري يجب عليه الحذر من أي تغيرات تطرأ على بصره (راجع اعتلال الشبكية السكري ص 378).

الأذنان: يعاني معظم الأشخاص من نقص بسيط في السمع، ولسوء الحظ نجد غالبيتهم لا يعالجون أنفسهم رغم وجود إمكانية للعلاج والشفاء، خاصة عندما يعزى النقص لأسباب باطنية، مثل تراكم الصملاخ (ص 389)، أو عن تصلب الأذن (ص 391). أما إذا كان نقص السمع التدريجي ناتجاً عن تلف طبيعي لآلية السمع في الأذن، فإن احتمالات الشفاء التام تكون معدومة، ولكن هناك إمكانية تقديم دعم للأذن لتحسين مقدرتها على السمع (تراجع ص 393).

الحواس الأخرى: تتأثر الحواس الأخرى بتقدم العمر، حيث نلاحظ نقصاً في حاسة الذوق والشم والتوازن، لكن النقص في حاسة الذوق والشم لا يستدعيان القلق إطلاقاً أما نقص حاسة التوازن فهو أمر خطير، لأنه قد يؤدي إلى السقوط المفاجئ.

هناك نوع آخر من فقدان الحواس، هو نقص الحساسية تجاه تغيرات درجة حرارة الجو المحيط، وهذا الأمر قد يكون مهدداً للحياة. ففي فترة الشباب والصحة يمكن الشعور بتغيير درجة حرارة الجو إذا ما تغيرت بمقدار نصف درجة مئوية فقط، أما عند تقدم العمر فإن الحساسية يمكن أن تقل، فمن الممكن أن لا يُلاحظ اختلاف درجة الحرارة حتى لو كان بمقدار خمس درجات مئوية، وهذا واحد من الأسباب التي يتعرض فيها المسنون للتأذي من هبوط الحرارة (راجع ص 956). فإذا لم يكن بالإمكان تدفئة المنزل، بشكل معتدل، يراجع الطبيب الذي يعطي رأيه، وعلى المسن أن يكون حذراً تجاه هذا الأمر. من الممكن أن يرجع فقدان الحساسية للحرارة إلى اضطراب الغدة الدرقية (ص 681) وهكذا إذا كان المسن يشعر بالحر، والآخرون يشعرون بالبرد، أو العكس، فيجب استشارة الطبيب والانتباه إلى مخاطر الحالة.

المشكلات الجلدية عند المسنين (Skin problems of the elderly)

إن أحد الأسباب التي تجعل الجلد الهرم رقيقاً، وأكثر تجعداً، وأقل مرونة، هو حدوث تبدل تدريجي في طبيعة العناصر الليفية والمرنة التي تحافظ على نعومة الجلد وطراوته، وهو تبدل غير عكوس، لذلك ومع تقدم العمر تزداد مشاكل الجلد الأخرى. إضافة إلى ذلك فإن العديد من اللطخات، والبقع الصباغية الغريبة، تميل للظهور في الشيخوخة، وغالباً ما تدعى مثل هذه التبدلات ببقع الشيخوخة، وهي غير خطرة ولا داعي للقلق بشأنها.

الفرفرية الشيخوخية: الفرفرية الشيخوخية عبارة عن باحات بنية محمرة، أو أرجوانية، يبلغ قطرها أحياناً حوالي (5) سم، ويمكن أن تظهر في أي مكان على الجسم، على أنها أكثر ما تلاحظ على الساقين، أو الذراعين، أو ظهر اليدين. وهي تحدث بسبب نزف تحت الجلد، إذ يخرج الدم بكميات بسيطة من الأوعية الدموية الدقيقة التي قد تأذت بفقدان مرونة الجلد. ومع أن نسج الجسم تمتصها تدريجياً، فإن السبب الكامن وراء حدوثها أول مرة يظل قائماً ولذلك فمن المرجح ظهورها من جديد، وهي بقع غير ضارَّة، ولكن إذا لوحظ وجود أي بقعة جلدية غير مفسرة فيجب مراجعة الطبيب، لنفي احتمال وجود سرطان الجلد، مع العلم أن معظم السرطانات الجلدية قابلة للشفاء إذا عولجت باكراً.

الحكة عند المسنين: قد يصاب المسن بجفاف جلدي شديد يؤدي إلى حكة مزعجة جداً. وفي هذه الحالة يجب استشارة الطبيب، وهو سيقوم بالبحث عن حالة كامنة محتملة وراء هذه الحكة. فإذا لم يكتشف أي سبب آخر لها سوى التقدم بالعمر، وجفاف الجلد، فقد يصف مرهماً، أو غسولاً ملطفاً.

ألم العصب ثلاثي التوائم(*) (Trigeminal neuralgia)

هذا النوع من الألم غالباً لا يصيب الناس تحت سن الخمسين إلا في حالات التصلب المتعدد (ص 325)، وهو شائع أكثر بعد السبعين من العمر.



العصب مثلث التوائم، يزود الوجه بالحس وكذلك الأسنان والفم وجوف الأنف وينبه العضلات التي تحرك الفك السفلي.

العصب ثلاثي التوائم هو عصب رئيسي في الوجه، فإذا تضرر سبب ألماً حاداً يؤثر عادة على جهة واحدة من الوجه، وقد يكون من الشدة بحيث أن المصاب لا يستطيع تحمله أبداً، ورغم ذلك فهو لا يهدد الحياة. أما أسباب حدوث هذا الألم، وأسباب حدوثه عند الناس فوق السبعين، فهي غير معروفة تماماً حتى الآن.

الأعراض: يصيب ألم العصب ثلاثي التوائم جهة واحدة من الوجه تمتد على طول مسار العصب، ويمكن أن تدوم لبضع ثوانٍ، أو تستمر لدقيقة، أو أكثر، وأثناء حدوثها يمكن أن تكون حارقة مبرحة، ومن الممكن أن تتهيج بمجرد ملامسة منطقة حساسة في الوجه، أو حتى الجلوس في مجرى تيار هوائي. في بعض الأحيان تظهر النوبات، لسبب غير واضح، كل بضعة دقائق خلال عدة أيام، أو أسابيع، ثم يمكن أن تختفي، لكن الألم الموجع يمكن أن يعود خلال فترات قصيرة، ويمكن للنوبات أن تصبح مستمرة، وفي بعض الحالات يمكن أن يترافق الألم بتشنجات عضلية ويسبب شقيقة الوجه، أو خلجات في عضلاته.

العلاج: عند استشارة الطبيب فإنه يفحص بدقة الجيوب الأنفية، والأذنين، ويمكن أن يقترح أيضاً مراجعة طبيب الأسنان، قبل أن يقرر تشخيصاً نهائياً، لأن إصابة الجيوب الأنفية، والأذنين، والأسنان، من الممكن أن تسبب آلام الوجه المشابهة لآلام العصب ثلاثي التوائم. فإذا تأكد الطبيب أن المشكلة هي ألم العصب ثلاثي التوائم فسيصف دواءً يساعد على تخفيف النوبات. فإذا لم تستجب الحالة للعلاج، واستمر الألم، عندها يمكن أن ينصح بإجراء عملية قص للعصب، أو حقن الكحول حوله. ولكن بما أن قص العصب يترك شعوراً بأن جزءاً من الوجه بحالة خدر دائم، لذلك لا ينصح الطبيب بها إلا في الحالات الشديدة، والمزمنة، والتي استعصت على العلاج بالطرق الأخرى.

(*) يسمى أيضاً العصب مثلث التوائم. عند خروجه من المخ يكون عصباً واحداً ذا جذر واحد، ثم يتفرع إلى ثلاثة فروع رئيسية تعصب الأذن والعين والأسنان لذلك سمي ثلاثي التوائم.

هبوط الحرارة (Hypothermia)

إذا انخفضت حرارة الإنسان حوالي درجتين مئويتين عن معدلها الطبيعي، ربما يؤدي ذلك إلى موته في حال استمر الانخفاض لعدة ساعات. وإذا انخفضت خمس درجات، (أي إلى حوالي (32) درجة مئوية)، واستمر ذلك لعدة ساعات فإن الوفاة تصبح ممكنة بنسبة (25%) تقريباً من مجمل الحالات. ومن الطبيعي أن كل إنسان يتعرض لجو شديد البرودة، ربما يبرد (أو يتجمد) حتى الموت، لذلك فانخفاض الحرارة خطر على كل شخص يمضي وقتاً طويلاً في الجو البارد.

يتعرض المسن لانخفاض في حرارة جسمه، في الأجواء الأكثر برودة، بسبب أن جسمه لا يتمكن من الاحتفاظ بالحرارة بالشكل السليم، وأن آلية جسمه في المحافظة على التوازن الحراري تفقد حساسيتها تدريجياً مع تقدم العمر، وهذا يجعل بعض المسنين لا يدركون أنهم متواجدون في جو شديد البرودة فيموتون من البرد من دون أن يدروا. لذلك على المسن الذي تنخفض حرارته فجأة (خاصة إذا كان الجو شديد البرودة) أن يُراجع الطبيب فوراً.

الأعراض: إذا وجد شخص يجلس ساكناً جداً، في مكان بارد، فمن المتوقع أن حرارته منخفضة حتى لو كان قد غطى نفسه بكثير من الأغطية.

تشمل الأعراض الأولية لانخفاض حرارة الجسم، الدوار، والتشويش العقلي، واحتقان اللون، ثم فقدان الوعي، وتكون يدا ورجلا المصاب شديدة البرودة، وأهم من ذلك يكون بطنه بارداً أيضاً. وأفضل طريقة لإثبات الحالة هو قياس درجة حرارة جسمه بميزان الحرارة.

العلاج: الوقاية خير من العلاج، بالنسبة للمسنين خاصة، لذلك يجب التأكد من أن الشخص المسن يمتلك ألبسة جيدة وكافية لتضمن له الدفء، خاصة في الجو البارد، ويجب أن تكون التدفئة مؤمنة في مكان إقامته بشكل دائم، وأن يتناول وجبات غذائية كافية ومتوازنة.

إذا أصيب رجل مُسن بانخفاض الحرارة فيجب نقله فوراً إلى المستشفى، وأثناء ذلك يجب تدفئته بشتى الوسائل المتاحة، ولكن ببطء وليس بسرعة كبيرة، ويجب عدم تكديس الكثير من الأغطية فوقه ولا دلك رجليه بعنف. وإذا كان واعياً يعطى شراباً ساخناً، ولا يُعطى شراباً كحولياً أبداً، فهذا يضره ولا يفيده، ويجب معاملته بهدوء وتفهم وضعه وتشجيعه على الصمود.

وبإعادة الدفء التدريجي لجسم المصاب يعود إلى طبيعته، أما إعادة الدفء بسرعة كبيرة فإنه يؤدي إلى توسع مفاجئ في أوعية الدم السطحية (على سطح الجسم) فتندفع كميات كبيرة من الدم إليها مما يحرم الأعضاء الداخلية من حاجتها من الدم للقيام بوظائفها.

الأدوية والمسنون (Drugs and the elderly)

غالباً يحتاج المسنون لتناول عدد من الأدوية بشكل مستمر، ولذلك على المسن أو من يُشرف على علاجه التأكد من تناوله للدواء حسب الإرشادات تماماً. ولتأمين ذلك يجب كتابة

قائمة بكل الجرعات التي يجب أخذها، ووضعها في مكان واضح، والاستعانة بها لتحديد وقت تناول الدواء ومقداره. فإذا جرى تناول الدواء حسب الخطة المسجلة على القائمة فلن يتكرر أخذه مرة أخرى زيادة، ولن ينسى تناوله أيضاً. ويجب التأكد من أن كل علبة دواء قد كتب عليها اسم الدواء بوضوح والمقادير التي يجب تناولها كل يوم. ومن المهم جداً أن لا تؤخذ كل الأدوية مع بعضها بل يجعل بينها فواصل تمتد لعدة ساعات بحسب الإمكانية المتاحة. ومن ناحية أخرى، يجب عدم تخزين الأدوية التي لا يحتاجها المسن، بل يجب رميها، أو على الأقل، إبعادها عن متناول يده. ويجب عدم العودة إلى تناول الأدوية التي وصفت سابقاً من دون استشارة الطبيب، وبهذا الصدد يجب أيضاً الانتباه إلى مدة صلاحية استعمال الدواء المسجلة على العلبة. ويفضل عدم الاستيقاظ لتناول الدواء، إلا في حالة الضرورة، وفي هذه الحالة يستحسن إبعاد كل الأدوية الأخرى عن السرير والاكتفاء بوضع الكمية التي سيأخذها المريض ليلاً، لأن إهمال ذلك قد يجعله يتناول دواءً غير الذي يُريده، أو يأخذ كميات أكبر، أو يُكرر أخذ الدواء ذاته، فالشخص الذي يستيقظ من النوم ليأخذ دواءه ربما لا يكون بحالة وعي كافية لفعل ذلك بالشكل الصحيح.

العته الشيخوخي (Senile dementia)

العته اضطراب في الدماغ ينتج عن الفقدان المستمر لبعض الوظائف الذهنية وخاصة الذاكرة، ويمكن أن يظهر في أي عمر، ويطلق عليه تعبير العته الباكر عندما يحدث قبل سن الخامسة والستين، وتعبير العته الشيخوخي عندما يحدث بعد هذا العمر، مع العلم أن العته الشيخوخي يمكن أن يحدث كظاهرة طبيعية بسبب التقدم الطبيعي في عمر الدماغ.

الأسباب: إن السبب الرئيسي للعته بكلا نوعيه هو مرض يسمى ألزهايمر (Alzheimer) وفي هذا المرض، ولسبب مجهول، يحدث انحلال وتلاشٍ لكثير من الخلايا في بعض أجزاء الدماغ، كما أن بعض الحالات مثل الاكتئاب (ص 336) والتهاب القصبات (ص 419) والسكتة (ص 288) يمكن أن تسبب أعراض العته. وحالما يجري تحديد السبب الكامن وراء هذا الاضطراب وتجري معالجته فإن أعراض العته تخف (راجع الخَرف ص 327).

الأعراض: تبدأ أعراض العته عادة بفقدان الذاكرة، وخاصة بالنسبة لحوادث وقعت مؤخراً، وتبدأ الوظائف الذهنية الأخرى، مثل الربط المنطقي بين الأفكار، والإدراك، بالانحدار تدريجياً نحو الضعف والعطالة. وقد يفقد الشخص المصاب اهتماماته بأبسط النشاطات المحيطة به، وفي الحالات المتقدمة، وخلال عدة سنوات، تصبح حركات الجسم ذات صعوبة متزايدة بسبب تيبس عضلات الأطراف.

العلاج: إذا وجد الطبيب أي اضطراب خفي مرافق للعته، فقد يمكن علاجه، ولكن علاج المصابين بالعته الشيخوخي ربما يكون مفيداً أحياناً، وغير مفيد أحياناً أخرى.

حالات طارئة

إنهاك الحرارة

يصيب إنهاك الحرارة شخصاً غير معتاد على الحر الشديد عندما يتواجد في جو ذي حرارة عالية (كعمال أفران المعادن مثلاً) فيتعرق بشكل وافر ويفقد كثيراً من سوائل وأملاح جسمه دون أن يعوضها فيصاب بما يسمى إنهاك الحرارة الذي يتميز بالأعراض التالية:

- الجلد شاحب ودبق.
- نبض سريع وضعيف.
- تنفس سريع.
- تشنجات عضلية أحياناً (معص عضلي).
- حرارة الجسم مرتفعة قليلاً.
- جفاف حلق.
- دوخة وغثيان.
- الشعور بالوهن والإنهاك.
- إغماء وفقدان الوعي.

يتم إسعاف المصاب كما يلي:

- ينقل فوراً إلى مكان بارد وهادئ.
- يمدد على الأرض وتُجعل قدماه أعلى من جسمه قليلاً.
- تفك كل الأحزم والألبسة الضاغطة على جسمه.
- يعطى حبوب الملح مع الماء، أو يعطى الماء المملح بمعدل ملعقة صغيرة لكل لتر ماء (والأفضل عصير الفواكه الطارج) يرتشفه بمعدل نصف لتر كل (15) دقيقة، وعادة يتم التحسن سريعاً. ومن الأفضل مراجعة الطبيب بعد ذلك.

ضربة الحرارة

- تحدث هذه الإصابة في المناطق الحارة جداً وذات الرطوبة المرتفعة (كأحراش الغابات الاستوائية مثلاً) حيث لا يتبخر العرق عن جسم الإنسان، وتتوقف آلية تنظيم حرارة الجسم في الدماغ عن العمل، فترتفع درجة حرارة المصاب إلى 41 درجة مئوية أو أكثر وتصبح أعلى من حرارة الجو المحيط أحياناً، ويصبح الجلد أحمر وحاراً وجافاً ويصبح النبض سريعاً وقوياً ويحدث عند المصاب تململ وتخليط ذهني وربما يفقد الوعي أو يصبح مريضاً جداً.

يتم إسعاف المصاب كما يلي:

- ينقل إلى مكان بارد وظليل أو إلى داخل المنزل.
- تنزع عنه كل ثيابه ثم يمسح جسمه بقطعة قماش مبلّلة بماء عادي (وليس مبرداً أو مثلجاً) أو يلف كامل جسمه بشرشف مبلل بالماء العادي، ويغير هذا الشرشف أو يجدد تبليله على فترات.
- يهوّى جسم المصاب بواسطة المراوح (المتاحة) ولكن دون التجفيف.
- عندما تنخفض حرارته إلى 38 درجة مئوية يطلب العون الطبي، وإذا كان في حالة فقد وعي، يجعل بوضعية الشفاء ويغطى بشرشف، وإذا عادت حرارته إلى الارتفاع تكرر الخطوات السابقة.

ضربة الشمس (الزّغن)

تحدث ضربة الشمس بسبب التعرض الطويل لأشعتها، خاصة إذا كان التعرض مفاجئاً، ذلك أن الجلد عند تعرضه لأشعة الشمس بشكل تدريجي يكوّن مادة الفيتامين ذات اللون الأسود (المادة المسؤولة عن لون الجلد)، ليحمي ذاته من حروق أشعتها الحاوية على الأشعة فوق البنفسجية ذات المفعول الحارق والخارق لجسم الإنسان. فإذا تعرض المرء لفترة طويلة، خاصة ذو البشرة البيضاء، لأشعة الشمس المحرقة في فصل الصيف قبل تشكل مادة الفيتامين المذكورة فإنه سيصاب بضربة شمس، فيحمر جلده ويتوذم ويصبح مؤلماً وتظهر عليه الفقاقيع في الحالات الشديدة. وإن كانت ضربة الشمس قوية فقد يعاني المصاب من التهاب سحايا أيضاً يتطور فجأة أو تدريجياً، حيث تبدأ الأعراض بصداع شديد واحمرار وجه واضح ثم يحدث ألم في العنق، وإذا تطورت الحالة نحو الأسوأ فإنه يصاب بالهذيان والتشنجات العضلية وأخيراً يدخل في سبات يؤدي إلى الموت.

يتم إسعاف المصاب كما يلي:

- ينقل فوراً إلى مكان بارد ومظلم.
- تنزع عنه ثيابه كلها.
- يوضع على جسمه ورأسه خاصة، كمادات باردة وأكياس من الثلج، وإذا كان قد تعرق بشكل مفرط بسبب الجري أو السير الطويل تحت أشعة الشمس، فيعطى ماءً مملحاً بمقدار ملعقة صغيرة لكل لتر، علماً أن عصير الفواكه الطازج والمملح أفضل من الماء. وينصح البعض بإجراء حقنة شرجية للمصاب كما ينصح آخرون بفصده.

للوقاية من ضربة الشمس يجب تغطية الرأس والعنق من الخلف بأغطية خاصة وكذلك ارتداء الملابس، أو الجلوس في الظل.

وضعية الشفاء(*)

لكي تؤمن للمصاب أفضل وضعية ريثما يحضر العون الطبي، أو في بعض الحالات الخاصة، يجب أن تجعله بحيث يتمكن من التنفس بسهولة وبحيث تخرج السوائل من فمه بسهولة أيضاً دون أن تسد مجرى التنفس، ويكون ثقل جسمه موزعاً على عدة مناطق بشكل متوازن. **ولتأمين ذلك اتبع الخطوات التالية:**.

1 ـ اركع إلى جانب المصاب ومدد يده القريبة منك واجعلها خلف رأسه.

2 ـ اجعل ذراع المصاب الأخرى منحنية وضعها فوق صدره.

3 ـ اجذب الرجل البعيدة عنك واجعلها على الرجل الأخرى فوق الركبة.

4 ـ اجذب المصاب بهدوء من ثيابه، عند منطقة الورك، باتجاهك مستعملاً إحدى يديك واستعمل يدك الأخرى لإدارة جذعه ورأسه وحماية وجهه.

5 ـ ثم اجعل ذراعه ورجله القريبين منك بشكل زاوية قائمة مع جسمه، واثني كل منهما من منطقة المرفق والركبة بحيث يقع عليهما جزء من وزن الجسم.

(*) ملاحظة مهمة: لا تلجأ إلى تحريك المصاب أبداً إذا كنت تشك بوجود إصابة ما في عموده الفقري.

6 ـ حرك رأس المصاب باتجاه الخلف بحيث تبرز ذقنه للأمام وبحيث يبقى مجرى التنفس مفتوحاً، ويكون الفم باتجاه الأرض لتأمين سيلان السوائل بحرية.

7 ـ استمر في مراقبة المصاب لحين حضور العون الطبي.

التعامل مع مصاب بهجمة قلبية

الهجمة القلبية حالة طارئة مهددة للحياة، وهي تحصل نتيجة نقص حاد في كمية الدم والأكسجين في جزء من القلب، وهذا يحدث بسبب تضيق أو انسداد في أحد الشرايين الإكليلية التي تمد القلب بالدم، فإذا طالت فترة ذلك النقص الحاد فإن جزءاً من العضلة القلبية سوف يتموت.

تشمل أعراض الهجمة القلبية كلاً أو بعضاً مما يلي:

ـ ألم شديد وعاصر في وسط الصدر يستمر عدة دقائق، وقد ينتقل إلى أحد الذراعين، أو الكتفين أو العنق أو الفك الأسفل أو منتصف الظهر أو إلى جزء من المعدة.

ـ تعرق غزير.

ـ غثيان وإقياء.

ـ ضعف شديد.

ـ هلع وقلق.

ـ اصطباغ الجلد بلون شاحب أو رمادي مزرق.

ـ ازرقاق الأظافر.

ونلفت النظر إلى أن ألم الهجمة القلبية قد يلتبس مع اضطرابات عسر الهضم أحياناً.

التعامل مع مصاب فاقد الوعي ومنقطع النفس:

اطلب الإسعاف أو العون الطبي فوراً، أو اطلب من أحدهم أن يفعل ذلك، ثم:

1 ـ مد المصاب على ظهره فوق سطح ثابت وصلب.

2 ـ نظف مجرى تنفس المصاب من أي مادة متواجدة فيه (مستعملاً أصابعك).

3 ـ ضع إحدى يديك تحت رقبة المصاب وادفع بلطف نحو الأعلى واليد الأخرى فوق جبهته وادفع بلطف نحو الأسفل بحيث ترتفع ذقنه للأعلى.

4 ـ أغلق فتحتي أنف المصاب بأصابع يدك التي على جبهته، ثم أطبق فمك بإحكام على فمه ثم انفخ أربعة أنفاس سريعة، ثم تابع النفخ بمعدل نفخة واحدة كل خمس ثوان، واستمر على فعل ذلك حتى تلاحظ أن صدر المصاب قد ارتفع.

5 ـ بعدها راقب انخفاض صدره، وتأكد من حدوث زفير عنده.

6 ـ كرر النفخ السابق مرة أخرى.

7 ـ تفقد نبض المصاب بجس أحد شرايينه (عند معصمه أو عنقه) فإذا كان لا يوجد نبض أبداً، فابدأ بإجراء الإنعاش القلبي الرئوي إذا كنت مدرباً على ذلك.

8 ـ تابع محاولاتك مع المصاب لحين وصول العون الطبي.

وعندما يبدأ باستعادة وعيه طبق عليه التعليمات الوارد فيما يلي:

التعامل مع مصاب واعٍ:

1 ـ اجعل المصاب في الوضعية التي تريحه، وتمكنه من التنفس بسهولة.

2 ـ تخلص من كل الأربطة والأحزمة والألبسة المشدودة والضاغطة على جسمه.

3 ـ غطِّ المصاب ببطانية لكي يبقى دافئاً.

4 ـ لا تعطِ المصاب أي طعام أو شراب ولا تجعله يدخن أبداً.

5 ـ ارفع من معنوياته وشجعه على الصمود.

6 ـ اطلب سيارة إسعاف، وأخبرهم أن المصاب بحاجة إلى أكسجين، أو انقل المصاب إلى المستشفى بأسرع ما يمكن.

فقدان الوعي

فقدان الوعي هو حالة سُبات (غيبوبة) لا يشعر أثناءها المصاب بأي شيء حوله، أو هو حالة من النُعاس والتخليط يكون أثناءها المصاب عاجزاً عن الاستجابة لوجودك أو لأي شيء آخر، وهذا قد ينجم عن أذية الدماغ (ضربة على الرأس، سكتة دماغية)، أو عن فقد الدم، أو نقص الأكسجين في الدم، أو بسبب تبدلات كيميائية في الدم (الغيبوبة الناتجة عن السُّبات السكري) وغيرها.

أهم نقطة يجب الانتباه إليها في حالة فقدان الوعي هي احتمال انسداد مجري التنفس عند المصاب لأي سبب كان (وهذا ربما يحدث بسبب ارتخاء الفك الأسفل واللسان وتراجعهما للخلف وإغلاقهما مجرى الهواء) أو بسبب عجز المصاب عن السعال (لانعدام المنعكسات) وطرد ما علق في حلقه من مواد. والنقطة الثانية الهامة هي عدم تحريك فاقد الوعي إذا كان هناك شك بوجود أذية ما في عموده الفقري، وفي هذه الحالة، وإذا كان المصاب يتقيأ يجب فتل رأسه وجذعه بهدوء وفي آن واحد دون تغيير وضعية الرأس بالنسبة للجذع، وجعل الفم بوضعية تسمح للمواد المقاءة بالخروج دون أن تسد مجرى الهواء.

مع الانتباه إلى ضرورة الاستمرار في مراقبة فاقد الوعي لحين انتقاله إلى حاله الوعي التام، لأنه ربما يتعرض لمضاعفات مميتة، كتوقف التنفس أو توقف القلب أو الموت اختناقاً.

التعامل مع فاقد الوعي:

اطلب سيارة إسعاف أو اطلب من شخص ما أن يفعل ذلك، ثم:

1 ـ تأكد من أن المصاب يتنفس، وإذا كان تنفسه قد توقف فباشر فوراً بإجراء التنفس الصناعي.

2 ـ تأكد من عدم وجود أي مادة داخل الفم تعيق التنفس، وإذا كان هناك جسم ما في فم المصاب فأخرجه فوراً، (أسنان صناعية مثلاً).

3 ـ فك الثياب والأربطة الضاغطة على جسم المصاب.

4 ـ اجعل المصاب في وضعية الشفاء (ص 959).

5 ـ دفِّىء المصاب بتغطيته بشرشف.

استمر في مراقبة المصاب لحين وصول العون الطبي.

التعامل مع شخص أصيب بكسر

إذا تعرض شخص لحادث، وكنت متأكداً أو غير متأكد من أنه أصيب بكسر، فتعامل معه على أنه أصيب بكسر فعلاً، مراعياً الأمور التالية:

1 ـ بداية، اطلب من المصاب، إذا كان واعياً، أن لا يحرك عظامه المكسورة، ولا تحركها أنت أيضاً، واطلب الإسعاف الطبي.

2 ـ قدِّم المساعدة للمكسور، خاصة، إذا كنت تتوقع أن الإسعاف سيتأخر، وهو في مكانه.

3 ـ إبدأ بقطع النزيف إن وجد وبأي طريقة كانت (لف الجرح النازف بعصابة نظيفة).

4 ـ تعامل مع الصدمة قبل إسعاف الكسر (في حال حدوثها).

5 ـ امنع المصاب من تناول أي طعام أو شراب لحين وصوله للمستشفى.

6 ـ دفِّىء المصاب بتغطيته بملاءة.

7 ـ وإذا تأخر الإسعاف أو كان عليك أن تنقل المصاب إلى المستشفى، حاول أن تثبت الطرف المكسور بجبيرة، أي حاول منع العظام المكسورة من الحركة بتثبيتها بأي طريقة تستطيعها. وتذكر أنه يمكنك استعمال ورق كرتون أو عصا أو جبيرة أو ما شابه لتثبيت الطرف المكسور. ولكن احذر عند الربط من المبالغة في الشد لكي لا تمنع الدم من الاستمرار في الدوران بشكل سليم.

8 ـ إذا كانت الذراع هي المكسورة يمكنك بعد تثبيتها وضعها في معلاق وتعليقها بالرقبة.

9 ـ إذا كانت الرجل هي المكسورة يمكنك بعد تثبيتها، أن تربطها مع الرجل الأخرى.

10 ـ انتبه، أثناء الربط، إلى جعل الأربطة أعلى منطقة الكسر وأسفل منها وعدم جعلها فوق الكسر، وانتبه إلى سلامة الدورة الدموية بعدم المبالغة في الشد.

11 ـ عند نقل المصاب إلى المستشفى، احرص على عدم هزه وتحريكه بعنف. وانتبه أثناء الطريق إلى سلامة دورته الدموية واستمراره صاحياً.

إسعاف المصاب بصدمة

نستعرض في هذه الفقرة ما يمكنك تقديمه لشخص ما قبيل إصابته بالصدمة أو أثنائها (لمزيد من المعلومات عن الصدمة راجع البحث ص 467).

إجراءات الوقاية من الصدمة:

إذا توقعت أن شخصاً ما قد دخل في مرحلة ما قبل الصدمة وأنه سيصاب بها بعد قليل فلا تنتظر حدوثها حتى تبدأ أنت بمكافحتها، بل ابدأ فوراً والمصاب لا زال واعياً باتخاذ الإجراءات التالية:

1 ـ إيقاف النزف (إن وجد) قبل كل شيء (وتذكر أن النزف يمكن أن يكون داخلياً أو خارجياً).

2 ـ مدِّد المصاب على الأرض واجعل رجليه أعلى من مستوى جسمه بحوالي 30سم، واخفض رأسه قليلاً عن مستوى جسمه (أو يمكنك أن تجعله في الوضعية التي يرتاح هو بها).

3 ـ فك الأحزمة والملابس الضيقة وكل ما يضغط على جسم المصاب.

4 ـ حافظ على حرارة جسم المصاب، وغطه بملاءات مناسبة، ولا تستعمل الشراشف الكهربائية ولا أكياس الماء الحار.

5 ـ بالإضافة إلى ذلك، عليك أنت أن تتصرف بهدوء وثقة ووضوح كي لا تربك المصاب، وعليك أن تشجعه وترفع من معنوياته وتحثه على الصمود.

6 ـ إذا تجمع الناس حول المصاب يجب إبعادهم بهدوء وحزم لكي لا يسيؤوا لشعوره.

7 ـ لا تعطِ المصاب أي دواء أو طعام أو شراب (الساخن منه أو البارد).

8 ـ يجب منع المصاب عن التدخين، بحزم.

الإجراءات بعد حدوث الصدمة:

إذا أصيب شخص بالصدمة وفقد وعيه تماماً فيجب اتباع ما يلي:

1 ـ قطع النزف فوراً (إن وجد).

2 ـ المحافظة على طريق التنفس سالكاً (وهذا مهم)، والتأكد باستمرار أن المصاب لا زال يتنفس.

3 ـ إذا توقف تنفس المصاب فيجب أن يجرى له التنفس الصناعي.

4 ـ اجعل المصاب في وضعية الشفاء حتى لا يستنشق المواد التي ربما يتقيؤها.

5 ـ إذا كان المصاب قد تعرض لأذية جسمية فيجب تحريكه بحذر شديد (أو عدم تحريكه أبداً) تجنباً لحدوث مضاعفات خطيرة.

6 ـ يجعل رأس المصاب، إذا كان مصاباً بأذى، أعلى من مستوى جسمه قليلاً (وليس أخفض) وذلك تجنباً لحدوث ضغط دم زائد على الدماغ.

7 ـ يُعوَّض المصاب وريدياً عما فقده من سوائل.

8 ـ يطلب الإسعاف أو المشورة الطبية فوراً.

المصادر

- **FAMILY MEDICAL GUIDE** - THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION - JEFFREY R.M. KUNZ, M.D. - ASHER Y. FIKEL, M.D.
- **GRAY'S ANATOMY** - THIRTY - SEVENTH EDITION 1989, CHURCHILL. LIVINGSTONE.
- **TEXT BOOK OF ANATOMY** - A.W. - ROGERS - CHURCHILL LIVINGSTONE.
- **WOLFE MEDICAL ATLASES** - 7. A colour ATLAS of DERMATOLOGY - G.M. LEVEN & C.D. CALNAN.
- **ATLAS OF INFECTIOUS DISEASES** - J. NEUGEBAUER.
- **THE UNIFIED MEDICAL DICTIONARY 1983.**
- **MAYO CLINIC** - Family Health Book - David E. LARSON, M.D. - William Morrow Inc. New York.
- **BETA** - Bulletin of Experimental Treatments for Aids - Mary - Buss October 1999.

- مجموعة كتب تدرس في كليات الطب في الجامعات الأمريكية.
- مجموعة كتب تدرس في كليات الطب في الجامعات العربية.
- تشريح جسم الإنسان ـ الدكتور محمد شاكر عرموش ـ دار النفائس ـ بيروت.
- موسوعة جسم الإنسان ـ الدكتور أحمد كنعان ـ دار النفائس ـ بيروت.

الفهرس

الموضوع	الصفحة
مقدمة	5
تعاريف مهمة	9
الباب الأول	
الجسم السليم	15
1 ـ مخاطر التدخين	16
أثر التدخين على الصحة	16
الإقلاع عن التدخين	20
2 ـ مخاطر شرب الكحول	21
تأثيرات الكحول	22
الإفراط في شرب الكحول	24
3 ـ الأكل والشرب بحكمة	25
مكونات الوجبة الغذائية الصحية	27
الوجبة المتوازنة	29
مخطط الوزن	30
طريقة إنقاص الوزن	31
التقدم بالعمر وزيادة الوزن	33
الوجبات اليومية	34
الطعام الصحي	34
حساب الحريرات	35
4 ـ المحافظة على اللياقة الجسمية	39
فائدة التمارين	40
مارس التمارين التي تفيدك	41
5 ـ المحافظة على اللياقة الذهنية	45
التخلص من التوتر	46
التعامل مع الأزمات	47
كيف تنام ليلة هانئة	48
أثر الضغوط النفسية الشديدة على الجسم والعقل	49
المعاناة من ضغوط حياتية شديدة (إجهاد)	50
6 ـ علاقة السلامة والصحة بالبيئة والمهنة	52
مخاطر المهنة والمحيط البيئي	54
مخاطر البيئة	55
الباب الثاني	
مخططات التشخيص الذاتي	58
الباب الثالث	
1 ـ تشريح جسم الإنسان	225
2 ـ المظاهر المرئية للأمراض	242
الباب الرابع	
الأمراض والاضطرابات والمشاكل التي تصيب الإنسان	
الفصل الأول	
اضطرابات الجلد والشعر والأظافر	257
1 ـ الجلد	258
الدمامل والجمرات	259
الثآليل	260
المسامير والأثفان	262
الأكزيما والتهاب الجلد	263
العُدُّ الشائع والعُدُّ الوردي	265
داء الصُداف	265
الشَّرى	267

الموضوع	الصفحة
قدم الرياضي	268
القَوْباء	268
التهاب النسيج الخَلَوي	269
حروق الشمس	269
سرطان الخلية القاعدية	270
سرطان الخلايا الحَرْشفية	271
الورم القتاميني الخبيث	272
القرحات الدوالية	274
الكيسات الزُهمية	274
السُماك	275
النُخالية الوردية	275
الجُدَرَة	276
الحَزاز المُسَطَّح	276
الذأب الحمامي القرصي	277
تصبغ الجلد الشاذ	277
2 ـ الشعر والأظافر	279
قشرة الرأس	279
الأشعار الناشبة	281
الصَلَع	281
الداحِس	282
الأظافر المشوهة وعديمة اللون	283
الفصل الثاني	
اضطرابات الدماغ والجهاز العصبي	285
1 ـ الاضطرابات الوعائية	285
السكتة الدماغية	288
هجمة الإقفار العابرة	291
النزف تحت العنكبوتية	292
النزف والورم الدموي تحت الجافية	294
النزف خارج الجافية	295
2 ـ الأخماج	296
التهاب السحايا	296
التهاب الدماغ	297
التهاب سنجابية الدماغ	299
خراج فوق الجافية	299
3 ـ الاضطرابات البنيوية	300
أنية الدماغ	300
أنية النخاع الشوكي	304
شلل بِل	306
الفُصال العظمي الرقبي	307
متلازمة نفق الرُسُغْ	308
الورم الدماغي	309
ورم النخاع الشوكي	311
الاعتلال العصبي المحيطي	311
متلازمة غيّان باريه	312
4 ـ الاضطرابات الوظيفية	312
الصُداع	313
الشقيقة	315
الصُداع التعاقبي	317
الصَرَع	317
الخُبْسة	322
الدُوام	322
الألم العصبي	323
5 ـ التنكسات	323
الشلل الرُعاشي (داء باركِنسون)	323
التصلب المتعدد	325
التصلب الجانبي الضُموري	327
الرقص الوراثي	327
ترنح فريد رانج	327
الخَرَف	327
الفصل الثالث	
المشكلات العاطفية والسلوكية	331
1 ـ الاضطرابات العقلية	332
الفُصام	333
الاكتئاب	336

الموضوع	الصفحة
الاكتئاب ـ الهوسي	338
القَلَق	340
الرُهابات	341
المرض النفسي الجسمي	343
الإكراه والوسواس	344
المراق (وسواس المرض)	345
الذُهان العضوي	345
الهُراع (الهستيريا)	346
اضطراب الشخصية	347
الاختلافات الجنسية النفسية	347
2 ـ الإدمان وسوء الاستعمال	348
الإدمان على الكحول	349
الإدمان على المخدرات	351
الإدمان على القمار	355
الفصل الرابع	
اضطرابات العين	356
1 ـ أخطاء الانكسار	358
الحسر	359
مد البصر	360
قصو البصر	361
اللابؤرية	361
2 ـ الأجفان ومقدمة العين	363
إرتخاء الجفن العلوي	364
الشَّعيرة (دُمل الجفن)	364
كتل الأجفان	365
الشتر الداخلي	366
الشتر الخارجي	366
التهاب الجَفن	367
جفاف العين	367
العين الدامعة	367
قرحات وأخماج القرنية	368
التهاب الملتحمة	369
نزف تحت الملتحمة	370
التهاب الصُلبة	370
التهاب القزحية	371
الساد	372
3 ـ الزَرَق	373
الزَرَق الحاد	374
الزَرَق المزمن	376
4 ـ مؤخرة العين والحجاج	377
التنكس البُقَعي	378
اعتلال الشبكية السكري	378
انفصال الشبكية	379
انسداد الشريان الشبكي	380
انسداد الوريد الشبكي	381
التهاب المشيمية	381
أورام العين	382
التهاب العصب البصري	383
جحوظ العين	383
التهاب الهَلَل الحجَاجي	383
الحول عند البالغين	384
الفصل الخامس	
اضطرابات الأذن	385
1 ـ الأذن الخارجية	388
الآذان الناتئة	388
سدادة الصُملاخ	389
أخماج قناة الأذن الخارجية	389
أورام الأذن الخارجية	390
2 ـ الأذن الوسطى	391
تصلب الأذن	391
الرَّضْح الضغطي	392
تمزق طبلة الأذن	393
أخماج الأذن الوسطى الحادة	393
أخماج الأذن الوسطى المزمنة	395

الموضوع	الصفحة
الورم الكولسترولي	397
3 ـ الأذن الداخلية	399
التهاب التيه	399
داء منيير	400
نقص السمع المهني	401

الفصل السادس

الموضوع	الصفحة
اضطرابات جهاز التنفس	403
1 ـ الأنف	405
الزُكام	406
التهاب الأنف الأرجي	409
التهاب الجيوب	411
السليلة الأنفية	413
انحراف الوتيرة	413
الخُشام	414
الرعاف (نزف الأنف)	414
2 ـ الحلق	415
التهاب البلعوم	415
التهاب اللوزتين	416
التهاب الحنجرة	416
أورام الحنجرة	417
3 ـ الرئتين والصدر	418
التهاب القصبات الحاد	419
التهاب القصبات المزمن	420
الربو	422
النُفاخ	425
ذات الرئة	427
ذات الجنب والانصباب الجنبي	429
استرواح الصدر	431
توسع القصبات	432
خراجة الرئة	433
ذات الجنب القيحية	434
تغبُر الرئة	434
رئة المزارع	435
سرطان الرئة	436
التليُف الخلالي	438
وذمة الرئة	439
الغرناوية	440

الفصل السابع

الموضوع	الصفحة
اضطرابات القلب والدورة الدموية	441
1 ـ الاضطرابات الكبرى	442
التصلب العصيدي	444
داء الشرايين الإكليلية	447
النبحة الصدرية	453
الهجمة القلبية	456
قصور القلب	460
ارتفاع ضغط الدم	463
الصدمة	467
2 ـ سرعة ونظم القلب	470
توقف القلب والرجفان البطيني	470
رجفان ورفيف الأذين	471
خوارج الانقباض	472
الإحصار القلبي	473
تسرع القلب الاشتدادي	474
3 ـ أمراض صمامات القلب	476
الحمى الرثوية	477
التهاب الشغاف الخمجي	478
تضيق الصمام التاجي	479
لاكفاية الصمام التاجي	481
تضيق الصمام الأبهري	482
لاكفاية الصمام الأبهري	484
تضيق ولاكفاية الصمام مثلث الشرف	484
تضيق ولاكفاية الصمام الرئوي	485
4 ـ عضلة القلب والشغاف	487
التهاب عضلة القلب	487

الموضوع	الصفحة
اعتلال عضلة القلب الغذائي	487
اعتلال عضلة القلب الضخامي	488
التهاب التأمور الحاد	488
التهاب التأمور العاصر	489
5 ـ الدورة الدموية	490
تصلب الشرايين	491
خُثار الأوردة العميقة	492
الانصمام الرئوي	494
التهاب الوريد الخثاري	495
أمهات الدم	496
الدوالي	500
داء رينو	503
الشَرَث (عضة الصقيع)	504
زرقة النهايات	505
داء برجر	505
التهاب الشريان الصدغي	507
الانصمام الشرياني	508
المُوات	509
فرط ضغط الدم الرئوي	510
انخفاض ضغط الدم	511
الفصل الثامن	
اضطرابات الدم	513
1 ـ فقر الدم	514
فقر الدم الناتج عن نقص الحديد	515
فقر الدم الناتج عن مرض مزمن	516
فقر الدم بسبب نقص فيتامين B_{12} ونقص حمض الفوليك	517
فقر الدم المنجلي	519
التلاسيمية	521
فقر الدم الانحلالي	522
2 ـ النزف والتكدم	523
الناعور	523
قلة الصفيحات	525
3 ـ ابيضاض الدم (اللوكيميا)	526
ابيضاض الدم النقوي الحاد	527
ابيضاض الدم اللمفاوي المزمن	528
ابيضاض المحببات المزمن	529
4 ـ نقي العظام	531
كثرة الحُمْر	532
النقيوم المتعدد	533
فقر الدم اللاتنسجي	534
ندرة المحببات	535
5 ـ الجهاز اللمفاوي	536
لمفومات لاهودجكن	536
داء هودجكن	537
نقص المناعة	538
الإيدز	539
الفصل التاسع	
اضطرابات الهضم والتغذية	542
1 ـ الأسنان واللثة	544
نخر الأسنان	545
معالجة قناة الجذر	547
الخراجات السنية	548
تغير لون الأسنان	550
تقويم الأسنان	550
فقدان الأسنان	552
مشاكل أضراس العقل	553
مشاكل طقم الأسنان	554
التهاب اللثة	555
التهاب حوالي السن	557
2 ـ الفم واللسان	561
قرحات الفم	562
قرحة الحلأ البسيط	563
متلازمة المفصل الفكي الصدغي	564

الموضوع	الصفحة
السُلاق الفموي	564
الطَلاَوة أو (الطَلَوان)	565
الحزاز المسطح الفموي	566
داء الفم الخندقي	566
أخماج الغدد اللعابية	567
حصاة القناة اللعابية	567
أورام الغدد اللعابية	568
أورام الفم واللسان	568
مشاكل اللسان	569
3 ـ المريء	571
الحرقة والفتق الفرجوي	571
سرطان المريء	573
اللا إرتخائية	574
الجُراب البلعومي	574
التشنج المريئي المنتشر	575
تضيق المريء	575
4 ـ أخماج السبيل الهضمي	575
التهاب المعدة والأمعاء	576
داء السلمونيلات	578
الزحار العصوي	579
الزحار الأميبي	580
الحمى التيفية	580
الكوليرا	581
5 ـ المعدة والعفج	582
عسر الهضم	583
التهاب المعدة	584
قرحة المعدة	585
سرطان المعدة	587
تآكل المعدة	589
تضيق البواب	590
قرحة العفج	590
6 ـ المشاكل المعوية المعممة	593

الموضوع	الصفحة
التهاب الصفاق	594
انسداد الأمعاء	595
العِلّوص	596
السُرَطاويات	597
7 ـ المعي الدقيق	597
داء كرون	598
الزَرب اللااستوائي	599
أورام المعي الدقيق	599
رتج ميكل	600
سوء الامتصاص	601
8 ـ المعي الغليظ	602
التهاب الزائدة	603
تهيج القولون	605
داء الرتج	606
التهاب القولون التقرحي	608
الأورام السليمة في المعي الغليظ	609
سرطان المعي الغليظ	610
9 ـ الشرج	611
البواسير	611
الحكة الشرجية	613
الناسور الشرجي	614
الشق الشرجي	614
10 ـ الكبد المرارة والبنكرياس	614
اليرقان	615
التهاب الكبد الحاد (أ)	616
التهاب الكبد الحاد (ب)	617
التهاب الكبد لا (أ) ولا (ب)	618
التهاب الكبد المزمن	619
تشمع الكبد	619
أورام الكبد	621
حُصيات المرارة	622
التهاب المرارة	624

الموضوع	الصفحة
التهاب البنكرياس الحاد	624
التهاب البنكرياس المزمن	625
سرطان البنكرياس	626
11 ـ التغذية والاستقلاب	626
البدانة	627
نقص الفيتامينات والمعادن	630
النَقْرَس	636
فرط بروتينات الدم الشحمية	639
البرفيرية	640
الفصل العاشر	
اضطرابات جهاز البول	642
1 ـ الأخماج والالتهابات والأنيات	644
التهاب الكلية والحويضة الحاد	644
التهاب الكلية والحويضة المزمن	646
التهاب كبيبات الكلية	647
التهاب الإحليل	649
التهاب المثانة	649
تاذي الكليتين أو الحالبين	650
تاذي المثانة أو الإحليل	651
2 ـ الكيسات ـ الأورام ـ الحصيات	651
الكيسات الكلوية	652
أورام الكلية	653
أورام المثانة	654
حصيات الكلية	655
حصيات المثانة	657
3 ـ القصور الكلوي	658
القصور الكلوي الحاد	658
القصور الكلوي المزمن	659
المرحلة الأخيرة من القصور الكلوي	661
إسعافات الكلية الصناعية	662
الفصل الحادي عشر	
الاضطرابات الهرمونية	663
1 ـ الغدة النخامية	664
ضخامة الأطراف	665
العَمْلَقة	666
القَزامة	666
البيلة التفهة	667
قصور الغدة النخامية	668
أورام الغدة النخامية	669
2 ـ غدة البنكرياس	670
داء السكري	671
انخفاض سكر الدم	676
3 ـ الغدتان الكُظريتان	678
متلازمة كوشنغ	679
داء أبيسون	679
متلازمة كون	680
ورم القواتم	681
4 ـ الغدة الدرقية والغدد المجاورة لها	681
فرط نشاط الغدة الدرقية	682
قصور الغدة الدرقية	684
العقيدات الدرقية	685
فرط نشاط الغدد مجاورات الدرقية	686
قصور الغدد مجاورات الدرقية	687
الفصل الثاني عشر	
اضطرابات العضلات والعظام والمفاصل	688
1 ـ الإصابات	691
التمزق العضلي	691
الوثي	692
تمزق الأوتار العضلية	693
الخلوع	693
الكسور	695
2 ـ الفتوق	699
3 ـ اضطرابات العضلات والأوتار	703
المَعَص	703

الموضوع	الصفحة

التهاب الوتر 704
التهاب غمد الوتر 704
الالتهاب الليفي 705
العقد (الكيسات الزليلية) 705
التهاب اللفافة الراحية 705
الوهن العضلي الوبيل 706
أورام العضلات 706
4 ـ أمراض العظام 707
تخلخل العظام 707
لين العظام 709
داء باجِت 709
أورام العظام 710
5 ـ آلام الظهر 712
انفتاق النواة اللبية 716
داء الفقار المقسط 717
6 ـ اضطرابات المفاصل 718
داء المفاصل التنكسي 718
التهاب المفاصل الرثياني (نظير الرثوي) . 720
التهاب المفصل الخمجي 723
التهاب الفقار القَسَطي المشوِه 723
الوكعات 725
التهاب الجراب 726
الكتف المتيبسة 726
7 ـ أمراض النسيج الضام 727
التهاب الشرايين المتعدد العقدي 727
الذأب الحمامي المجموعي 728
الالتهاب العضلي المتعدد والالتهاب الجلدي العضلي 729
الألم العضلي المتعدد الرثوي 729
تصلب الجلد 730

الفصل الثالث عشر

الأخماج والاحتشارات العامة 731
1 ـ الأخماج 732
الأنفلونزا 733
أمراض الرئتين الفطرية 734
داء الشعريات المبوغة 735
الأخماج بالمكورات العنقودية 736
داء كثرة الوحيدات الخمجي 737
الحلأ النطاقي 738
السل (التدرن) 739
الكزاز 741
الكَلَب 742
الجدري 742
الأخماج بالمتدثرات 744
2 ـ الاحتشارات 745
داء الشعرينات 745
الملاريا 746
الدودة الشريطية 747
الجَرَب 748
القُمال 748
البراغيث 749
القُرّاد 749
اليساريع 750

الفصل الرابع عشر

مشاكل خاصة بالرجال 751
1 ـ الخصيتان والصفن 752
سرطان الخصية 752
التواء الخصية 753
التهاب البربخ 754
كيسات البربخ 755
الأَدَرَة 755
القيلة الدوالية 756
2 ـ غدة البروستات 756
ضخامة البروستات 757

الموضوع	الصفحة
سرطان البروستات	759
التهاب البروستات	760
3 ـ المثانة ـ الإحليل ـ القضيب ـ المستقيم	761
التهاب المثانة عند الرجال	761
ثآليل القضيب	762
التهاب الإحليل عند الرجال	762
تضيق الإحليل	763
التهاب الحشفة	763
القُسُوح (النُعوظ المستمر)	764
سرطان القضيب	764
السائل المنوي المدمى	765
خراجات الشرج والمستقيم	765
التهاب المستقيم	765
العَنَانة	766

الفصل الخامس عشر

الموضوع	الصفحة
مشاكل خاصة بالنساء	769
1 ـ الحيض والإياس	769
غياب الدورات الشهرية (انحباس الطمث ـ الضهى)	770
قلة الطمث	772
عسر الطمث	772
غزارة الطمث	773
التوتر النفساني السابق للحيض	774
الإياس	775
شذوذات منطقة الوطاء والغدة النخامية والمبيضين	776
2 ـ الثديان	778
كتل الثدي	778
سرطان الثدي عند النساء	780
خرّاج الثدي	781
الدَرَّة	782
مشاكل الحلمة	782
3 ـ المبيضان والرحم وعنق الرحم	783
الكييسات المبيضية	784
سرطان المبيض	785
الورم الليفي الرحمي	785
سرطان الرحم	787
الانتباذ البطاني الرحمي	788
أورام الأرومة الاغتذائية	789
الخمج الحوضي	790
هبوط الرحم أو المهبل	790
انقلاب الرحم نحو الخلف	791
تآكل عنق الرحم	792
ثَنَن عنق الرحم	793
سرطان عنق الرحم	794
سليلات عنق الرحم	795
4 ـ المثانة والإحليل عند النساء	796
التهاب المثانة عند النساء	796
سلس البول بسبب الإجهاد	797
تهيج المثانة	798
التهاب الإحليل المزمن	798
5 ـ المهبل والفرج	799
التهاب المهبل بالفطور المخمِّرة	799
التهاب المهبل بالمشعرات المهبلية	800
الحكة الفرجية	800
ثآليل الفرج	801
سرطان الفرج	801

الفصل السادس عشر

الموضوع	الصفحة
مشاكل الزوجين الخاصة	806
1 ـ العُقم وموانع الحمل	806
العُقم	807
منع الحمل	809
2 ـ الأمراض التي تنتقل بالممارسات الجنسية	815
داء السيلان	815

الموضوع	الصفحة
التهاب الإحليل اللانوعي	816
داء الزهري	817
حلأ الأعضاء التناسلية	818
قُمّل العانة	819
3 ـ المشاكل الجنسية	820
العَنَانة	820
القذف المبكر	821
عدم الوصول إلى هزة الجماع	821
الجماع المؤلم	822

الفصل السابع عشر

الموضوع	الصفحة
الحمل والولادة	823
1 ـ مشاكل الحمل العامة	827
التغذية أثناء الحمل	828
النشاط الجسمي أثناء الحمل	829
الغثيان والإقياء أثناء الحمل	830
حرقة الفؤاد أثناء الحمل	830
فقر الدم أثناء الحمل	831
الإمساك أثناء الحمل	832
الدوالي أثناء الحمل	832
مشاكل النوم أثناء الحمل	833
ألم الظهر أثناء الحمل	833
ارتفاع ضغط الدم والحمل	834
اضطرابات القلب والحمل	835
داء السكري والحمل	835
تنافر الراصات	836
2 ـ مضاعفات الفترة الأولى من الحمل	837
الإسقاط	838
الحمل المُنْتَبِذ	839
3 ـ مضاعفات الفترة المتوسطة من الحمل	840
عنق الرَحم الفَشِلْ	840
مَوَهْ السُلي	841
4 ـ مضاعفات الفترة الأخيرة من الحمل	842
مقدمة الارتعاج والارتعاج	842
نزف ما قبل الوضع	843
انزياح المشيمة	843
تمزق الأغشية المبكر	844
موت الجنين داخل الرحم	845
تأخر نمو الجنين داخل الرحم	845
الحمل المديد	846
5 ـ الولادة	847
المخاض السابق لأوانه	848
تفريج الألم أثناء المخاض	849
مخاض طويل الأمد	850
سوء مجيء الطفل	850
عدم التناسب	851
النزف بعد الوضع	852
المشيمة المحتَجَزَة	852
6 ـ فترة ما بعد الحمل والولادة	856
مشاكل الثديين	856
الكآبة بعد الولادة	857
الجماع بعد الولادة	858

الفصل الثامن عشر

الموضوع	الصفحة
مشاكل خاصة بالرضع والأطفال	859
1 ـ المولودون حديثاً والرضع الصغار	863
اختناق حديثي الولادة	863
متلازمة ضيق التنفس	864
يرقان ما بعد الولادة	865
متلازمة الموت المفاجئ عند الرضع	867
مشاكل التغذية	867
الالتهابات المعدية المعوية عند الرضع	868
طفح الحِفاض	870
الأكزيما الدهنية	871
البكاء المفرط	872

الموضوع	الصفحة

العلامات الولادية 874
متلازمة داون 875
الجنس المحيّر 876
2 ـ الاضطرابات الولادية
في الجملة العصبية المركزية 876
السِنسِنة المشقوقة 877
مَوَه الرأس 879
3 ـ اضطرابات القلب الولادية 880
النفحات القلبية 881
4 ـ الاضطرابات الولادية
في الجهاز الهضمي 886
تضيق البواب الولادي 887
انسداد المريء الولادي 888
انسداد قناة الصفراء 888
انسداد المعي الدقيق وتضيقه 889
ضخامة الكولون الولادي 889
الشرج المسدود 890
الفتق الحجابي 890
5 ـ الاضطرابات الولادية
في الهيكل العظمي 890
خلع الورك الولادي 891
حَنَفُ القدم 892
شفة الأرنب والحنك المشقوق 892
6 ـ الجلد 893
أكزيما الطفولة 893
السُعْفة 893
7 ـ اضطرابات الجهاز العصبي والاضطرابات
النفسية 894
متلازمة راي 894
الاختلاجات عند الأطفال 895
التهاب السحايا عند الرضع والأطفال 896
الشلل الدماغي 897

الموضوع	الصفحة

مشاكل النوم عند الأطفال 898
الانطواء على الذات 900
8 ـ العينان والأذنان 901
العيون الحولاء 901
خمج الأذن الوسطى المزمن 902
9 ـ جهاز التنفس 903
التهاب اللوزتين والبلعوم 903
الغُدّانيات 904
الخانوق 905
التهاب القصيبات 906
ذات الرئة عند الأطفال 906
10 ـ اضطرابات الدم 908
فقر الدم الناجم عن نقص الحديد عند
الأطفال 908
الفرفرية الأرجية 909
ابيضاض الدم عند الأطفال 909
11 ـ جهاز الهضم والتغذية 910
الانغلاف المعوي 911
احتباس الغائط 911
الزرب الاستوائي 912
التليف الكيسي 913
عدم تحمل اللاكتوز (سكر اللبن) 914
التهاب الكبد عند الأطفال 916
اضطرابات النمو 917
بيلة الفينيل كيتون 917
12 ـ جهاز البول والأعضاء الجنسية 918
التبول في الفراش 919
الأخماج البولية عند الأطفال 919
التهاب كبيبات الكلية عند الأطفال 920
المتلازمة الكُلائية 921
ورم ويلم 922
عدم هبوط الخصيتين 922

التهاب الفرج والمهبل 923

13 ـ العضلات ـ العظام ـ المفاصل 923
الحمى الرثوية عند الأطفال 923
الخَثَل العضلي 925
التهاب العظم والنقي 926
التهاب المفاصل الرثياني عند اليافعين ... 927

14 ـ الأمراض الخمجية الطفولية 929
الحصبة 929
الحصبة الألمانية (الحُمَيْراء) 930
الحُمَاق (جدري الماء) 931
النُكاف 932
الشاهوق (السُعال الديكي) 933
الحمى القرمزية 934
الخُنَّاق 935
السل (التدرن) عند الأطفال 935
الديدان الدبوسية (الحرقص) 937
علم الوراثة 938
الأرجية 942

الفصل التاسع عشر

مشاكل خاصة بالمراهقين 944
التطور المبكر أو المتأخر 946
التطور الجسمي السوي للمراهق 946

1 ـ الاضطرابات الطبية 947
حب الشباب 947
القَهْم العصابي والنُهام 948
انحناء العمود الفقري 950
تضيق القلفة 950

الفصل العشرون

مشاكل خاصة بالمعمرين 951
السَلَس 952
السقوط العَرَضي 952
تقدم العمر والحواس 953
المشكلات الجلدية عند المسنين 954
ألم العصب ثلاثي التوائم 955
هبوط الحرارة 956
الأدوية والمسنين 956
العته الشيخوخي 957
حالات طارئة 958
إنهاك الحرارة 958
ضربة الحرارة 958
ضربة الشمس (الرّعن) 959
وضعية الشفاء 959
التعامل مع مصاب بهجمة قلبية 960
فقدان الوعي 961
التعامل مع شخص أصيب بكسر 962
اسعاف المصاب بصدمة 962
المصادر 864
الفهرس 965

دليل عام للأجهزة والأمراض

الموضوع	الصفحة
ـ أ ـ	
أبو صفير: (انظر: اليرقان)	
أبو كعب: (انظر: النكاف)	
الأثفان:	262
الأجفان:	363
ارتخاء الجفن العلوي	364
دملها (الشعيرة)	364
كتلها	365
التهابها	367
الاحتشارات:	745
الإحليل: (التهابه)	649، 761، 764، 798، 816
(انيته)	651
تضيقه	763
(عند النساء)	796
الاختلاجات: (لدى الأطفال)	895
الاختناق: (لدى حديثي الولادة)	863
الأخماج:	11، 262، 644، 731، 732
(بالمتدثرات)	744
(بالمكورات العنقودية)	736
(البولية عند الأطفال)	919
(الطفولية)	242، 929
(الحوضية)	790
الإدمان: القمار	355
الكحول	349
المخدرات	351
المهدئات	353
.. وسوء الاستعمال	348
اديسون: (داء)	679
الأذن:	388، 391، 399، 901
.. الناتئة	388
أخماجها	389، 393، 395، 902
اضطراباتها	385
التهاب التيه	399
ألمها	116
أورامها	390
تصلبها	391
تمزق الطبلة	393
الضجيج فيها	117
فقدان السمع بها	396
الأرجية:	69، 942
الإرضاع:	
الأزيز:	127
الاستقلاب:	626
إسعاف المصاب بصدمة	962
إسعافات الكلية الصناعية	662
الإسقاط:	838

الأسنان: التهاباتها واللثة .... 555، 557

المها 116، 130

تغير لونها 550

تقويمها 550

خراجاتها 548

فقدانها 552

نخرها 545

.. عند الأطفال 915

.. واللثة 544

مشاكل طقم الأسنان 554

معالجة قناة الجذر 547

الإسهال: 147

.. لدى الرضع 204

الأشعة: تصوير الأوردة 10

أضراس العقل: مشاكلها 553

الاضطرابات العقلية: 332

اضطرابات النمو: 917

الأطراف: (ضخامتها) 665

الأظافر:

(آفاتها) 255

اضطراباتها 257

العناية بها 284

.. المشوهة وعديمة اللون 283

إعاقة:

الأعصاب: (اضطراباتها) 285، 894

(ألمها) 323

إعياء: 50

إغماء:

الإقياء: 136

.. (الدوري) 138

.. لدى الرضع 202

الاكتئاب: 97، 336

الاكتئاب الهوسي 338

أكزيما: (التهاب الجلد) 263

.. الدهنية 871

.. الطفولة 893

الأكل: 25

الالتهاب: 9

التهاب الإحليل عند الرجال 762

التهاب الإحليل اللانوعي 816

التهاب الإحليل المزمن 798

التهاب الإحليل 649

التهاب الأنف الأرجي 409

التهاب البربخ 754

التهاب البروستات 760

التهاب البلعوم 415

التهاب البنكرياس الحاد 624

التهاب البنكرياس المزمن 625

التهاب التأمور الحاد 488

التهاب التأمور العاصر 489

التهاب التيه 399

التهاب الجراب 726

التهاب الجفن 367

التهابات جلدية لانوعية 247، 248

التهاب الجيوب 411

التهاب الحشفة 763

التهاب الحلق 121

التهاب الحنجرة 416

التهاب حوالي السن 557

التهاب الدماغ 296

التهاب الزائدة 603

التهاب السحايا عند الرضع والأطفال . 896

التهاب السحايا 297

التهاب سنجابية الدماغ 299

التهاب الشرايين المتعدد العقدي 727

التهاب الشريان الصدغي 507

التهاب الشغاف الخمجي 478

التهاب الصفاق 594

التهاب الصُلبة 370

التهاب العصب البصري 383

التهاب عضلة القلب 487
التهاب العظم والنقي 926
التهاب غمد الوتر 704
التهاب الفرج والمهبل 923
التهاب الفقار القَسَطي المشوِه . 723
التهاب القزحية 371
التهاب القصبات الحاد 419
التهاب القصبات المزمن 420
التهاب القصيبات 906
التهاب القولون التقرحي 608
التهاب الكبد الحاد (أ) . 616
التهاب الكبد الحاد (ب) 617
التهاب الكبد عند الأطفال 916
التهاب الكبد لا (أ) ولا (ب) 618
التهاب الكبد المزمن 619
التهاب كبيبات الكلية عند الأطفال 920
التهاب كبيبات الكلية 647
التهاب الكلية والحويضة الحاد 644
التهاب الكلية والحويضة المزمن 646
التهاب اللثة 555
التهاب اللفافة الراحية 705
التهاب اللوزتين والبلعوم 903
التهاب اللوزتين 416
التهاب المثانة عند الرجال 761
التهاب المثانة عند النساء 796
التهاب المثانة 649
التهاب المرارة 624
التهاب المستقيم 765
التهاب المشيمية 381
التهاب المعدة والأمعاء 576
التهاب المعدة 584
التهاب المفاصل الرثياني عند اليافعين 927
التهاب المفاصل الرثياني (نظير الرثوي) 720
التهاب المفصل الخمجي 723
التهاب الملتحمة 369
التهاب المهبل بالفطور المخمِّرة 799
التهاب المهبل بالمشعرات المهبلية 800
التهاب النسيج الخَلَوي 269
التهاب الهَلَل الحجَاجي 383
التهاب الوتر 704
التهاب الوريد الخثاري 495
الالتهاب العضلي المتعدد 729
الالتهاب الجلدي العضلي 729
الالتهاب الليفي 705
الالتهابات المعدية المعوية عند الرضع 868
التواء الخصية 753
الإمساك 148
.. والإسهال 600
.. أثناء الحمل 832
.. عند الأطفال 918
الأمعاء: (الدقيقة) 597
.. (الغليظة) 602
أمهات الدم: 496
الانتباذ البطاني الرحمي: 788
الانتحار: 339
انحراف الوتيرة: 413
انحناء العمود الفقري: 950
انزياح المشيمية: 843
انسداد الأمعاء: 595
المعي الدقيق وتضيقه: ... 889
الانطواء على الذات: 900
الانغلاق المعوي: 911
الأنف: 405
(التهابه) 409
الإنفلونزا: 733
الانهيار العصبي: 335
الأورام: 651

أورام الأذن الخارجية 390
الأورام الحليمية 255
أورام الأورمة الاغتذائية 789
أورا الحنجرة 417
الأورام السليمة في المعي الغليظ 609
أورام العضلات 706
أورام العظام 710
أورام العين 382
أورام الغدد اللعابية 568
أورام الغدة النخامية 669
أورام الفم واللسان 568
أورام الكبد 621
أورام الكلية 653
أورام المثانة 654
أورام المعي الدقيق 599
الأهلاس: 99
الإياس: 779
الإيدز: 539

ـ ب ـ

باجت: (داء) 709
البثور: 10
البحة: 122
البخر: 134
البدانة: 627
البراغيث: 749
برجر: (داء): 505
البرفيرية: 640
البروستات: (تضخمها) 757
التهابها 760
البزل القطني: 10
البطن: (ألم أسفله عند النساء) 187
.. الحاد 10
(ألمه) .... 140، 142
ألمه لدى الأطفال 214
تورمه وكبره 144
البقع البارزة: 111
البقع و الطفوح: 108
البكاء المفرط: (لدى الأطفال) 872
.. (لدى الرضع) 200
البكارة:
البلعوم: (التهابه) 415
صعوبة البلع 131
بلهارسيا:
البنكرياس: .... 614، 670
التهابها 624، 625
البواب: (تضيقه) 590
تضيقه لدى الأطفال 887
البواسير: 611
البول: (مظهر البول الشاذ) 156
البيلة التفهة: 667
بيلة الفينيل كيتون: 917

ـ ت ـ

تاخر النمو لدى الأطفال: 208
التبول في الفراش: 919
.. المؤلم: 158
كثرة التبول الشاذ: 154
التجشؤ: 146
تخطيط الشرايين: .... 10، 451
تخطيط القلب: 10، 451
تخلخل العظام: 707
التخليط: 89
(لدى المسنين): 224
التدخين: 16
الإقلاع عنه: 20
(مخاطره): 16

التدرن: 739
تراخوما:
ترنح فريدرانج: 327
تسمم: ..(الغذائي) 581
تشريح جسم الإنسان: 225
تشمع الكبد: 619
التشنج: 575
تصلب الشرايين: 491
التصوير بالرنين المغناطيسي: 10، 303
التصوير الشعاعي: 10
التصوير الطبقي المحوري: 10، 302
التطور الجسمي: 946
تعاريف عامة: ... 9
التعرق: 71
التغذية: 626
(جهازها) 910
اضطراباتها 542
تغذية الجنين عن طريق المشيمة 826
(أثناء الحمل) 828
(مشاكلها) 867
مكونات الوجبة الغذائية الصحية 27
تقلصات:
تقويم الأسنان: 550
تقيؤ الدم: 593
التلاسمية: 521
التمزق العضلي: 691
التنظير الداخلي: 10
التنفس: اضطراب جهاز التنفس: 403
(صعوبته) 128
التنكس البقعي: 378
التوتر: (التخلص منه): 46
التورم: (تحت الجلد): 73
(أو كبر البطن) 144
.. (الكاحلين): 174
التوعك: 61

- ث -

الثآليل: .... 255، 260
.. الفرج: 801
.. القضيب: 762
ثدن عنق الرحم: 793
الثدي: 779
(مشاكله) .... 181، 856
(كيفية فحصهما) 779
(خراجه) 781
(كتله) 778
التورمات تحت الجلد 73
(سرطانه) 256
(مشكلات) .... 104، 106
مشكلاته لدى الرضع 206
مشكلاته لدى المسنين 954

- ج -

الجدرة: 276
الجدري: 742
جدري الماء (الحماق): 931
الجذام:
الجَرَب: 748
الجراب البلعومي: 574
جفاف الجلد:
جفاف العين: 367
الجلد: .... 258، 893
(آفاته) .... 249، 250، 251، 252
(أخماجه)............................... 243، 244، 245، 246

اضطرابه 257
تصبغه 277
تصلبه 730
الجلطة: 11
الجماع: (بعد الولادة) 859
.. المؤلم 822
.. المؤلم لدى الرجال 179
.. المؤلم لدى النساء 194
.. انعدام الرعشة 821
الجمرات: 259
الجنس: (فقدان الرغبة عند الرجل): 768
(فقدان الرغبة عند المرأة): 804
(مشاكله): 820
الجنين: (موته داخل الرحم): 845
جهاز البول والتناسل: 918
اضطراباته 942
جهاز التنفس: 903
(اضطراباته) 403
الجهاز العظمي والعضلي: 689
الجهاز اللمفاوي: 536
جهاز الهضم: 542
أخماجه 575
الجينات: 11
الجيوب الأنفية: التهابها: 411

- ح -

الحالب:
حب الشباب: 947
الحبسة: 322
الحثل العضلي: 925
الحجاب الحاجز:
الحرارة: (هبوطها): 956
(إنهاكها) 958
الحرقص: 937
الحرقة: (أثناء الحمل) 830
.. والفتق الفرجوي 571
الحروق: (الشمس) 269
الحريرات: (جدول) 37
(حسابها) 35
الحزاز المسطح: 276
.. المسطح الفموي: 566
الحسر: 359
الحصبة: 929
الحصبة الألمانية (الحميراء): 930
.. والحمل 823
حصيات الكلية: 655
حصيات المرارة: 622
حقنة الباريوم: 11
الحكة: (دون طفح جلدي) 76
.. (لدى الأطفال) 215
.. الشرجية 613
.. الفرجية 800
حلا الأعضاء التناسلية: 818
الحلا النطاقي: 738
الحلق: 415
الحمل: (تأكده): 828
(كيف يحدث) 824
حمل التوائم 846
.. المديد ... 846
.. المنتبذ 839
(منعه) 809
.. والولادة . 823
(عدمه) 196
(ما بعد الحمل والولادة) 856
(النزف أثنائه) 839
النشاط الجسمي في أثنائه 829

المضاعفات في أثنائه .... 837، 840، 842

الحموضة:

الحمى: 69

.. لدى الأطفال 212

الحمى التيفية: 580

الحمى الرثوية: ... 477

.. (لدى الأطفال) ..... 212، 923

حمى الرضع: 210

الحمى القرمزية: 934

الحنجرة: التهابها: 416

حنف القدم: 892

الحول: (لدى البالغين) 384

الحيض: 769

(العناية في أثنائه) 803

- خ -

الخانوق 905

الختان 860

خثار الأوردة 492

الخثرة 11

خراج الثدي: (انظر: الثدي)

الخراجات:

خراجة الرئة 433

.. السنية: 458

.. فوق الجافية: 299

الخرف: 327

الخزعة: 11

الخشام: 414

الخصيتان: (الألم والضخامة) 178

.. والصفن: 752

(فحصهما ذاتياً) 753

(عدم هبوطهما) 922

خفقان القلب: 151

خلع الورك الولادي: 891

الخلوع: 693

الخناق: 935

- د -

داء:

.. أديسون 679

.. باجِت 709

.. برجر 505

.. الرتج 606

.. رينو 503

.. الزهري 817

.. السكري والحمل 835

.. السكري 671

.. السلمونيلات 578

.. السيلان 815

.. الشرايين الإكليلية 447

.. الشعريات المبوغة 735

.. الشعرينات 745

.. الصُداف 265

.. الفقار المقسط 717

.. الفم الخندقي 566

.. كثرة الوحيدات الخمجي 737

.. كرون 598

.. المفاصل التنكسي 718

.. منيير 400

.. هودجكن 547

الداحس: 282

الدرة: 782

الدفتريا: (انظر الخانوق)

الدم: تسممه 519

ابيضاضه عند الأطفال 909

ابيضاضه (اللوكيميا) 526، 527، 529

اضطراباته ..... 513، 908
امهات الدم 496
مميعات الدم (مضادات التخثر) 13
(تقيؤه) 593
فرط بروتينات الدم الشحمية
(انظر: الكولسترول)
قلة صفيحات الدم 525
انخفاض سكر الدم 676
فقر الدم 514
الدماغ: أذيته 300
طرائق تصويره 302
التهابه 296
التهاب سنجابية الدماغ 299
تخطيطه بالكهرباء .. 10
الدمامل: 259
الدوالي: 500
.. (أثناء الحمل) 832
الدُوام: 11، 80،
322
الدودة الشريطية: 747
الدورة الدموية: 490
الدورة الشهرية: (الغزيرة) . 184
.. (المؤلمة) 186
(غيابها ـ انحباس الطمث) 770
(انقطاعها) 182
الديدان:
الديدان الدبوسية: 937

ـ ذ ـ

الذاب الحمامي القرصي: 277
الذاب الحمامي المجموعي: 728
ذات الجنب: (القيحية) 434
.. والانصباب الجنبي 429
ذات الرئة: 427

.. (عند الأطفال) 906
الذاكرة: (ضعفها) 91
الذبحة الصدرية: 453
الذهان العضوي: 345
الذيفان: 11

ـ ر ـ

الراب الوعائي: 12
الرئتان: 418
(استئصالها) .... 438، 604
(رئة المزارع) 435
(أمراضها الفطرية) 734
الربو: 422
الرتج: (داء) 606
.. (رتج ميكل) 600
الرجال: (مشاكل خاصة) 751
الرِجْل: (ألمها) .... 168.
الرحم: (استئصال) 789
(الورم الليفي) 785
(هبوطه) 790
انقلابه نحو الخلف 791
الرُضَع: 863
الرعاف: 414
الرقبة: (ألمها) 164
الركبة: (ألمها) 170
الرمد:
الرهابات: 341
رينو: (داء) 503

ـ ز ـ

الزائدة: (استئصال) 604
التهابها 603
الزحار الأميبي: 580

الزحار العضوي: 579
الزرب الاستوائي: 912
الزرب اللاإستوائي: 599
الزرق: 373
.. الحاد 374
.. المزمن 376
زرقة النهايات: 505
الزكام: 406
(عند الأطفال) 907
الزلة التنفسية: 12
الزهري: 817
الزهم: 12
الزوجان: (مشاكل خاصة) 806

- س -

السائل السلوي: . 12
السائل المنوي المدمى: 765
الساد: 372
السحايا: .... 12، 296
التهابها . 297
التهابها عند الرضع والأطفال 896
سرطان (فكرة عنه) 57
.. البروستات 759
.. البنكرياس 626
.. الثدي عند النساء 780
.. الجلد 256
.. الخصية 752
.. الخلايا الحَرْشفية 271
.. الخلية القاعدية 270
.. الرحم 787
.. الرئة 436
.. عند الأطفال 926
.. عنق الرحم 794
.. الفرج 801
.. القضيب 764
.. المبيض 785
.. المريء 573
.. المعدة 587
.. المعي 610
السُرَطاويات: 597
السرف: 12
السعال: 124
.. (لدى الأطفال) 216
.. (المدمى) 126
السعال الديكي: (الشاهوق) 933
السعفة: 893
السكتة الدماغية: 288
السكري: (داء) 671
.. والحمل 835
(قرحته) 251
السل: (التدرن الرئوي) 739
.. (عند الأطفال) 935
السلاق الفموي: 564
سلس البول: 159، 952
.. (بسبب الإجهاد) 797
.. (لدى المسنين) 222
السمع: نقص السمع 118
نقص السمع المهني 401
فقدانه 396
السيلان: (داء) 815

- ش -

الشاهوق: 933
الشرايين: التهاباتها 507، 727
انصمامها 508
الشرث: (عضة الصقيع) 504
الشرج: 611

.. (المسدود) 890
الشق الشرجي ... 614
خراجاته 765
الشرى: 267
الشعر: 279
(العناية به) 280
(اضطراباته) 257
.. الناشب (الزائد) 281
الشعر الزائد (عند النساء) 193
الشُعيرة: (دمل الجفن) 364
الشقيقة: 315
الشلل: (بل) 306
.. (الدماغي): 897
.. (الرعاشي - باركنسون): 323

- ص -

الصداع: . 81، 313
.. التعاقبي 317
الصُداف: 265
الصدر: (ألمه) 152
(استرواحه) 431
الصدمة: 13، 467
الصرع: 317، 321
الصفراء:
الصفاق: (التهابه) 594
الصفيحات: (قلّتها) 525
الصلع: 102، 281
صمامات القلب: (استبدال) 486

- ض -

الضجيج: (في الأذنين) 117
ضربة الحرارة: 958
ضربة الشمس: ... 959
ضغط الدم: (ارتفاعه) 463
(ارتفاعه والحمل) 834
(انخفاضه) 511
.. (الرئوي) 510
الضغط النفسي:
الضهي: 770

- ط -

الطعام: (الصحي) 34
الطفح: (.. الخفاض) 870
.. (المرافق للحمى) 110
الطلوان: 565
الطمث: (عسره) 772
(غزراته) 773
(قلته) 772

- ظ -

الظهر: (ألمه) .... 160، 712
(ألمه أثناء الحمل) 833

- ع -

العته: (الشيخوخي) 957
العدسات اللاصقة: 362
العرج: (لدى الأطفال) 220
عسر الطمث: 772
عسر الهضم: 583
العصيدة: 12
العضلات: اضطراباتها 688، 703
العظام: اضطراباتها 688
أمراضها 707
التهابها 926
العقاقير السامة: 13
العقم: 807

(جعل الإنسان عقيماً) 814
.. (وموانع الحمل) 806
العقيدات الدرقية: 685
علم الوراثة: 938
العلوص: 596
العملقة: 666
عمى الألوان: 357
العنانة: .. 766، 820
العين: 901
أخطار الانكسار 358
اعتلال الشبكية السكري 378
التهاب الملتحمة 369
ألم العين 112
أمراض العين 254
انفصال الشبكية 369
أورام العين 382
جحوظ العين 383
جراحة الليزر .. 380
جفاف العين 367
الحول 901
العين الدامعة 367
الشتر في العين 366
ضعف الإبصار .. 114
قرحة وأخماج القرنية 368

- غ -

الغائط: (احتباسه) 911
(المظهر الشاذ) 150
الغثيان: (أثناء الحمل) 830
الغدانيّات: 904
الغدد:
أخماج الغدة اللعابية 767
البروستات 756
البنكرياس .... 614، 670

الدرقية ... 681
الدرقية ومجاوراتها 681
الكظرية 678
النخامية 664
الغرغرينا: (الموات) 509
الغرناوية: 440
الغشية والغشي: : 77

- ف -

الفتق الحجابي: 890
الفتوق: 699
الفرج: 799
(تأليله) 801
التهابه 923
فرط بروتينات الدم الشحمية: 639
فرط ضغط الدم الرئوي: 510
فرط نشاط الغدة الدرقية: 682
(مجاوراتها) 686
الفرفرية الأرجية: 909
الفصال العظمي الرقبي: 307
الفصام: 333
فغر اللفائفي والكولون: 611
فقدان الوزن: 63
فقدان الوعي: 961
فقر الدم: 514
فقر الدم أثناء الحمل: 831
فقر الدم الانحلالي: 522
فقر الدم بسبب نقص الفيتامينات: 517
فقر الدم اللاتنسجي: 534
فقر الدم المنجلي: 519
فقر الدم الناتج عن مرض مزمن: 516
فقر الدم الناتج عن نقص الحديد: 515

فقر الدم الناتج عن نقص الحديد
عند الأطفال: 908
الفلور: 13
الفم: 561
الفيتامينات: (جدول) 635
(نقصها) 630

- ق -

القدم: (مشاكلها وآفاتها عند الأطفال) .. 928
(قدم الرياضي) 268
(مشكلاتها) 176
القذف المبكر: 821
القزّاد: 749
قرحات وأخماج القرنية: 368
قرحة الحلأ البسيط: 563
قرحة الداء السكري: 251
القرحات الدوالية: 274
قرحة العفج: 590
قرحات الفم: 562
قرحة المعدة: 585
القزامة: 666
القزحية: (عملية قطعها) 374
القسوح: 764
قشرة الراس: 279
قصوُ البصر: 361
قصور الغدة الدرقية: 684
قصور الغدد مجاورات الدرق: 687
قصور الغدة النخامية: 668
قصور القلب: 460
القصور الكلوي: (الحاد) 658
.. (المزمن) 659
القضيب: 761
(تأليله) 762
القلب: (آفاته عند الأطفال) .... 882، 886
الإحصار القلبي 473
اضطرابات القلب والحمل 835
اضطرابات القلب والدورة الدموية 441
الاضطرابات الولادية 880
اعتلال عضلة القلب الضخامي 488
اعتلال عضلة القلب الغذائي 487
أمراض صمامات القلب 476
تخطيط القلب .... 10، 451
تسرع القلب الاشتدادي 474
توقف القلب والرجفان البطيني 470
خفقان القلب 151
سرعة ونظم القلب 470
صمام القلب (استبدال) 486
عضلة القلب والشغاف 487
قصور القلب 460
النفخات القلبية 881
الهجمة القلبية .... 456، 459
القلق: .... 98، 340
القمال: 748
قمل العانة: 819
القهم العصابي: 948
القوباء: 268
القولون: (التهابه) 608
(تهيجه) 605
ضخامته عند الولادة 889
القيلة الدوالية: 756

- ك -

الكآبة: (بعد الولادة) 857
الكاحلان: (ألمهما) 173
(تورمهما): 174
الكافئين: 38

الكبد: (تشمعه) 619
التهاباته .... 616 ـ 619
التهاباته عند الأطفال 916
الكتف: (ألمها) 172
.. (المتيبسة) 726
كرون: (داء) 598
الكزاز: 741
الكسور: 695
الكظر:
الكَلَب: 742
الكلية: (إسعافات الكلية الصناعية) 662
التهاباتها .... 644، 647
التهاباتها عند الأطفال 920
الكوابيس: ... 100
الكوليرا: 581
الكوليسترول: .... 30، 639
كوما:
الكيسات: 651
.. (الزليلية) 705
كيسات البربخ: 755
الكيسات الزهمية: 274
الكيسات الكلوية: 652
الكييسات المبيضية: 784

- ل -

اللاإرتخائية: 574
اللابؤرية: 361
اللثة:
اللسان: 561
(مشاكله) 569
اللسعات: (لدغات)
لقاح
لمفومات لاهودجكن: 536
اللوزتان:
لين العظام: 709

- م -

المبيضان: 783
متلازمة داون: 875
متلازمة راي: 894
متلازمة ضيق النفس: 864
متلازمة غيان باريه: 312
المتلازمة الكحولية الجنينية: 13
المتلازمة الكلائية: 921
متلازمة كوشنغ: 679
متلازمة كون: 680
متلازمة المفصل الفكي الصدغي: 564
متلازمة نفق الرسغ: 308
متلازمة الموت المفاجيء عند الرضع: 867
المثانة: 761
(تانيها) 651
(تهيجها) 798
(حصياتها) 657
.. (عند النساء) 796
المجازة: 13
المخاض: (السابق لأوانه) 848
.. (طويل الأمد) 850
المخدرات: (الإدمان عليها) 351
(تاثيراتها) 354
مخطط الوزن: 30
المرارة: 614
(استئصالها) 588
حصياتها 622
المراق: 345

المراهقين: (مشاكل خاصة) 944

المرض النفسي ـ جسمي: 343

المريء: 571

انسداده عند الأولاد 888

المسامير: 262

المستقيم: . . . 761

(خراجاته) 765

المسح بالنظائر المشعة: 13

المشكلات العاطفية والسلوكية: 331

المشيمية: (المحتجزة) 852

مضادات الالتهاب: 13

مضادات الالتهاب الستيروئيدية: 13

مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية: 13

مضادات التخثر: 13

المضادات الحيوية: 13

المظاهر المرئية للأمراض: 242

المعادن: (جدول) 634

(نقصها) 630

المعالجة الشعاعية: 14

المعالجة الكيميائية: 14

المعالجة النفسية: 340

المعدة: 582

(استئصالها) 588

المعص: 163، 703

المغص: 14

المعمرين: (مشاكل خاصة) 951

المعي الدقيق: 597

المعي الغليظ: 602

المفاصل: (استبدالها) 720

(اضطراباتها): 718

الملاريا: 746

المناعة: (اكتسابها) 936

منع الحمل: 809

منيير: (داء) 400

المهبل: 799

(الاعتناء بصحته) 802

التهابه 923

تهيجه 192

(نزفه أثناء الحمل) 839

(نزفه اللامنتظم) 188

(هبوطه) 790

الموات: (الغرغرينا) 509

موه الرأس: 879

موه السلى: 841

ـ ن ـ

الناسور الشرجي: 614

الناظمات: 475

الناعور: 523

النجيج والمفرز: 14

النجيج المهبلي الشاذ: 190

النخاع الشوكي: (أذيته) 304

(ورمه) 311

النخالية الوردية: 275

النخامية:

نخر الأسنان: 545

النزف: 523

.. بعد الوضع 852

.. تحت العنكبوتية 292

.. تحت الملتحمة 370

.. خارج الجافية 295

.. ما قبل الوضع 843

.. المهبلي أثناء الحمل 839

.. المهبلي اللامنتظم 188

النزف بعد الولادة: 852

النزف قبل الولادة: 843

نزلة:

النساء: (مشاكل خاصة) 769

نطفة:

النظائر المشعة: 14

النفاخ: 425

النفاس:

النفطة: 14

النقرس: 636

نقص المناعة: 538

نقي العظام: 531

النقيوم المتعدد 533

النكاف: 932

النواة اللبية:

نوبة قلبية:

النوم: (صعوبته) 67

كيف تنام ليلة هادئة 48

مشكلاته أثناء الحمل 833

مشكلاته عند الأطفال 898

- هـ -

هبوط الرحم: 790

الهجمة القلبية: 456، 459

هودجكن: (داء) 537

الهراع: (الهستيريا) 346

الهرمونات: اضطراباتها 663

هزة:

- و -

الواقي الذكري:

الوثي: 692

الوجه: (ألمه) 87

الوجبة: المتوازنة 29

.. اليومية 34

الوحمات: 254

وذمة الرئة: 439

الوراثة: (علمها) 938

المشورة الوراثية 826

الورم الدماغي: 309

الورم القتاميني: 272

ورم القوائم: 681

الورم الكوليسترولي: 397

الورم الليفي الرحمي: 785

ورم النخاع الشوكي: 311

ورم ويلم: 922

الوزن: (جدول) 630

(زيادته) .... 33، 65

(إنقاصه) 31

الوسواس: 344

الوكعات: 725

الولادة: 847

(الاستعداد لها): 831

الوليد: (فحوصاته) 855

الوهن:

الوهن العضلي:. 706

- ي -

اليافوخ

اليرقان: 615

يرقان ما بعد الولادة: 865

اليساريع: 750





هذا الكتاب

هـذا الكتاب يجسد مقولة "الإنسان طبيب نفسه" خير تجسيد، فهو مرجع، ودليل، ومرشد، يحتوي الأبواب التالية:

- معلـومات تساعد القارىء في معرفة وضعه الصحي وتحسينه.
- مخططات تطرح أسئـلـة، والإجابة عنها توصل إلـى معرفة المرض.
- شرح مفصل لكل مرض قد يـصيب الإنسـان، وطرائق معالجته، وما يمكن أن يـواجه المريـض عند الطبيـب وفي المشفى.
- مشاكل عامة تتعلـق بالجنسـين وما يمكن أن يـواجه الأزواج.
- أمراض خاصة بالأطفال، والمراهقين، والشيوخ.

إنه موسـوعة في كتاب، لا تستغني عنه أسرة، صيغ بأسلوب شائق، وطريقة مبتكرة، وزوِّد بصور توضيحية شاملة وافية، اعتماداً على أوثق المصادر وأحدثها.

ISBN 9953-18-054-7

